SBRH
Sociedade Brasileira de Reprodução Humana

Boletim SBRH

Ano 13 | Nº 2 | abr/mai/jun 2014

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 - Lennart Nilsson

EDITORIAL

Neste ano, iremos às urnas para decidir quem comandará o destino da nossa nação nos próximos quatro anos. Esperamos que o ocupante deste próximo mandato olhe com mais atenção para a área da saúde reprodutiva. Urge reduzir a mortalidade materna decorrente de abortamento inseguro, bem como ampliar o acesso às técnicas de reprodução assistida.

Também, neste ano, completa 30 anos a primeira criança nascida por fertilização *in vitro* no Brasil, um marco na nossa história.

Ainda, neste ano, teremos o nosso 26º Congresso Brasileiro, de 6 a 8 de novembro, em Porto Alegre. Nosso principal evento receberá, nesta edição, mais de 100 professores nacionais e 19 professores internacionais, para mais um grande intercâmbio científico promovido pela SBRH.

E, neste Boletim, apresentamos um artigo dedicado aos aspectos emocionais das novas formas de parentalidade proporcionadas pela reprodução assistida, da psicanalista argentina Patricia Alkolombre, uma das convidadas do 26º CBRH. Nossos delegados de São Paulo, Gilberto Freitas, e de Alagoas, Fabio Castanheira, comentam artigos sobre reprodução assistida e reposição hormonal no climatério. Na sessão laboratório em foco, Marcia Riboldi esclarece dúvidas comuns de pacientes sobre CGH, e, em atualização, Fernando Badalotti traz informações sobre o Eshre 2014.

Temos ainda a cobertura dos eventos estaduais da SBRH, novidades na ciência, recomendações da ASRM e um texto sobre chocolate na saúde da mulher.

Boa leitura!

Até novembro!

Mariangela Badalotti
Presidente SBRH

Sumário

04 | Psicologia em Foco: Patrícia Alkolombre
06 | Artigo Comentado: Fabio Castanheira
08 | Artigo Comentado: Gilberto da Costa Freitas
10 | Educação Continuada: Mariangela Badalotti
11 | Vai estar no 26º CBRH
12 | Laboratório em Foco: Marcia Riboldi
14 | Atualização: ESHRE 2014
16 | Novidades na Ciência
17 | Eventos
19 | Agenda

Neoparentalidade hoje. O que há de novo?

Psicóloga Clínica e Psicanalista. Membro Titular de Função Didática da Associação Psicanalítica Argentina. Coordenadora do Capítulo Psicanálise e Interdisciplina em Ginecologia, Obstetrícia e Esterilidade da Associação Psicanalítica Argentina.

Pensar o novo em relação às chamadas neoparentalidades ou novas parentalidades poderia ser um pleonasmo, já que ao dizer novo ou neo estamos introduzindo um elemento novo dentro do conhecido. Mas, uma vez colocada a questão, proponho pensar o que tem de novo as parentalidades de hoje. Para fazer isso, vamos entrar em territórios onde vivem em situação de exclusão e inclusão, correspondências entre filiação, parentesco e laços de sangue.

Hoje, se um homem decide adotar sozinho uma criança, isto é visto como uma novidade, e será notícia nos meios de comunicação; da mesma forma que um juiz que determine que algumas crianças permaneçam sob a custódia da pessoa que os cria, considerando que é certo, neste caso, um travesti desempenhar a função materna. Ou que passe a ser moda a barriga de aluguel e socialmente instituída a prática, não só para as mulheres que não podem ter filhos de seu ventre, mas também para os homens - que não têm ventre - que querem ser pais excluindo a paternidade compartilhada.

Como contraponto, a monoparentalidade feminina por opção, ou seja, o exclusão dos homens no exercício do papel parental, foi a forma de monoparentalidade mais frequente até poucos anos atrás. Nos últimos anos, se somaram as crianças nascidas por inseminação com sêmen de banco – garantindo o anonimato do pai – e a adoção de embriões.

Nos dias de hoje se debate a aprovação do casamento entre homossexuais, abrindo todo o campo da legalização da homoparentalidades, juntamente com a adoção de crianças nestas configurações familiares.

A partir da psicanálise, podemos dizer que a maternidade e a paternidade não pertencem apenas à esfera privada, que não são apenas a expressão de um desejo, mas que respondem simultaneamente a necessidades sociais e que os parâmetros variam de cultura para cultura. O *status* e os papéis masculino e feminino no jogo da parentalidade são revelados independente do sexo biológico e estão singularmente inseridos dentro de cada cultura.

A filiação é a primeira rede simbólica recebida "sem razão" e através da razão é transmitida de pais para filhos através de identificação.

Essa pergunta me levou a pensar não só nas novas configurações familiares – famílias adotivas, homo e monoparentais – que coexistem hoje com as famílias tradicionais, mas também nas rupturas que envolvem as tecnologias reprodutivas. Isto implica não só pensar sobre quem serão os pais das crianças no exercício de seus deveres parentais, mas também na forma como estas crianças são geradas e vêm ao mundo; e aqui encontramos elementos inéditos, novos formas de conceber, algo sem precedentes na história. Aquilo que só estava presente nos mitos, hoje é uma realidade. De modo que frente às novas origens tornam-se visíveis novas questões e novos enigmas a resolver.

São tantas e tão variadas as formas de nascimento hoje. Somos testemunhas da naturalidade que se adquiriu em relação ao implemento das técnicas de reprodução assistida. Podemos nos perguntar como se orientam os laços famíliares sociais, que não são mais se sustentam na suposta "normalidade" da ideologia Imperante nos séculos XIX e XX, mas que se apóia - entre outras coisas - sobre "verdades científicas".

Desde o nascimento de Louise Brown (o primerio bebê-de-proveta do mundo) há mais de 30 anos, o ser humano pode criar vida extracorpórea, pode variar, modificar e combinar diferentes modos de acesso à parentalidade.

Já não podemos dizer como antes, "mãe é só uma", pois nos encontramos de repente com uma pluralidade de mães: mãe gestante, mãe genética, mãe social. O que leva à pergunta quem é a mãe: a que carrega no útero, a que doa o óvulo, ou a que adota? Nós também poderíamos perguntar

quem é o pai: o que contribui com o esperma, o que cria? Este ponto nos conduz ao debate sobre as funções parentais e aqueles - homens ou mulheres - que as desempenham, e também a pensar nas diferenças entre progenitor e pai.

Novos cenários estão sendo apresentados pela reprodução assistida. Nos casos de barriga de aluguel é inédito que uma mulher esteja "de frente" para sua gravidez, pois ela sempre estava "na" gravidez; quem está sempre à frente é o homem.

Se pensarmos que a cena que pertencia à privacidade, "a portas fechadas", tornou-se pública e ás vezes são mais do que dois. O médico ou a equipe médica já não é um observador, mas participa ativamente da concepção, bem como um terceiro excluído/incluído. Modificaram-se as representações do nascimento e da procriação, insinuando-se a tecnologia médica como uma instância fecundante e parental.

E como categorizar estes novos elementos introduzidos na parentalidade de hoje: doação de esperma, óvulos, embriões, barriga de aluguel ou maternidade substitutiva, congelamento de embriões, diagnóstico genético pré-implantacional, a clonagem como perspectiva ou realidade.

Há situações em que não se têm nenhuma experiência anterior ou referências sobre os efeitos do impacto psicológico dessas novas formas de acesso à parentalidade. Elas podem funcionar como um retorno dos fantasmas infantis, da realidade em que tudo é possível, alimentando a velha onipotência a qual foi tão difícil renunciar na infância, promovendo por sua vez, diferentes versões da novela familiar. Hoje em dia a fantasia não seria um filho ou filha de outros pais, mas sim ter nascido de genes de pais desconhecidos por doação de óvulos ou de espermatozóides, ou ser um embrião perdido e nunca reivindicado em um laboratório. Não há garantia de laços biológicos na parentalidade. Se diluem os limites entre a realidade e a fantasia, emergindo questões em várias direções.

De um lado estão aquelas relacionadas aos efeitos do uso da tecnologia: os embriões acumulados em centros de fertilidade que não estão dentro de um projeto parental são destruídos, doados ou permanecem congelados? O diagnóstico genético préimplantacional nos deixa à beira da seleção de embriões? Estamos diante de um embrião "transparente", que quase não esconde seus segredos?

Em termos de vínculos, como abordar a sexualidade dos casais dentro das técnicas de reprodução? Como têm transformado o sangue, a filiação biológica e a filiação social ou emocional? Além disso, a questão do anonimato na filiação deixa um rastro de incerteza sobre as origens de muitas crianças cuja herança anônima, por sua vez, continuará silenciada nas gerações sucessivas.

Em nível psíquico, as conseqüências que envolvem a sua implementação, tanto em pais quanto filhos, estão subestimadas ou superestimadas?

A verdade é que a maternidade e a paternidade deixaram de ser algo conhecido e familiar para se converter em uma nova alquimia, em que o corpo e suas partes são combinados, substituídos e modificados conforme a necessidade. O que é permitido e o que é proibido neste novo campo não está definido e a relação entre a lei e o desejo é ambígua. Hoje em dia, a frase "eu quero um filho" é tomada empaticamente como um desejo a ser satisfeito.

A partir da psicanálise podemos considerar alguns pontos, entre eles se estamos diante de uma mudança de "roupagem" dentro dos problemas familiares – laços de parentesco e filiação – ou se há algo novo que ingressou juntamente com técnicas e as novas demandas: não só com novos formatos de família – como assinalamos no início – mas também devido às transformações nos corpos, e na pré-história do nascituro.

Estas novas formas de acesso à parentalidade implicam também novas formas de pensar e imaginar os corpos grávidos e as crianças que nascem.

Até que ponto é possível que essas novas intervenções sobre o corpo sejam semantizadas? Qual é o impacto psicológico da tecnologia? Estas são questões que exigem um profundo debate, plural e interdisciplinar. Poderíamos continuar nos formulando estas e outras perguntas sobre uma prática que vem revolucionando, de forma inédita, a forma de acesso à parentalidade. E talvez o mais importante será argumentar que, para a psicanálise, o novo nas parentalidades de hoje está do lado das origens. Lembramos que uma das interrogações da infância é a pergunta: de onde vêm crianças?

Fonte: Revista Imago Agenda – Imago/Agenda.com/Letra Viva. Texto adaptado.
Fonte: Paula Halperin | Estilo de Vida – www. mx.mujer.yahoo.com

O Dra. Patrícia Alkolombre é presença confirmada no 26º Congresso Brasileiro de Reprodução Humana e vai abordar o tema "Parentalidade hoje: novas versões".

Mortalidade por Evitar Estrogênio: Uma Análise do Excesso de Mortes em Mulheres Histerectomizadas com Idades Entre 50 e 59 Anos.

Ginecologista e Obstetra
Delegado SBRH de Alagoas

The Mortality Toll of Estrogen Avoidance: An Analysis of Excess Deaths Among Hysterectomized Women Aged 50 to 59 Years. Philip M. Sarrel, Valentine Y. Njike, Valentina Vinante, and David L. Katz. American Journal of Public Health: September 2013, Vol. 103, No. 9, pp. 1583-1588. Accepted on: Feb 18, 2013

(http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2013.301295)

Após a polêmica e precipitada divulgação do estudo WHI (Women's Health Initiative) ocorreu uma queda vertiginosa na utilização da terapia hormonal substitutiva sem o devido acompanhamento médico. Mais de 80% das mulheres histerectomizadas que faziam uso somente de estrogênios em 2002, nos Estados Unidos, abandonaram a terapia, passados 12 anos.

O trabalho liderado pelo Prof. Philip Sarrel, da Faculdade de Medicina da Universidade de Yale, abordou as pacientes entre 50 e 59 anos, histerectomizadas, que faziam parte do grupo placebo no estudo WHI, randomizada com a população equivalente dos Estados Unidos, no período de 2002 a 2011, com ênfase na taxa de mortalidade e o declínio da utilização do estrógeno.

Conclui, através de rigorosa metodologia estatística, que muitas mortes ocorreram, no período de 10 anos, por pura falta de reposição estrogênica, sendo 18.601- no mínimo e 91.610- no máximo.

O início imediato da terapia hormonal estrogênica nas pacientes que acabaram de entrar na menopausa reduz a taxa de mortalidade por todas as causas.

Constata que é uma necessidade urgente a discussão desse fato entre as pacientes e seus prestadores de cuidados da saúde - incluo aqui todos os profissionais de saúde da esfera pública e privada e principalmente os responsáveis pela saúde pública do país, através de um eficiente programa de divulgação séria.

É importante salientar que a maior causa de mortalidade no mundo é a doença cardiovascular, intimamente relacionada ao tabagismo, obesidade e sedentarismo, descritos pela Universidade de Harvard como as três principais causas de mortalidade nos Estados Unidos. O efeito protetor dos estrogênios na íntima do endotélio vascular já está mais do que comprovado. O trabalho, em questão, vem reforçar essa ideia.

Muitas pessoas – inclusive da área da saúde – influenciadas pelas informações incompletas e mal analisadas, acreditam que todo hormônio é igual e que todos levam ao câncer de mama. É bom reforçar que a idade do início da terapia hormonal é fundamental na qualidade de vida e na diminuição da mortalidade. Assim como todos os outros fatores envolvidos, como tabagismo, sedentarismo,

obesidade, fatores ocupacionais, alimentares, ingestão de bebida alcoólica em demasia, poluição ambiental, radiação ionizante, fatores reprodutivos, socioeconômicos e história familiar. E o mais importante, no tipo de substância hormonal a ser utilizada, principalmente o progestógeno nas pacientes com útero, cada vez mais substituídos pelos SERMS.

Tive a grata satisfação de assistir a palestra proferida pelo Prof. Philip Sarrel, em abril de 2014, durante o IV Congresso Norte-Nordeste de Ginecologia Endócrina, em Salvador. Na ocasião, trouxe dados que alimentaram o trabalho em questão, como o declínio do uso de estrogênio na terapia hormonal substitutiva nos Estados Unidos, sendo: 28% em 2002, 45% em 2003, 58% em 2005, 63% em 2007 e 70% em 2010. O estudo epidemiológico nas mulheres histerectomizadas na faixa dos 50 a 59 anos demonstrou um risco 8 vezes maior de ataque cardíaco quando não usavam estrogênios.

Fundamentado em trabalhos científicos, contou o emérito professor, que a primeira mensagem recebida pelo público é a que fica e o relato inapropriado do resultado incompleto do estudo WHI afirmava que os hormônios (generalizando) causavam câncer de mama, quando ao final do estudo – já com a compilação das usuárias somente de estrogênio puro durante 12 anos - reduzia esse risco em 63%.

Disse ainda que ocorreu comunicação equivocada dos cientistas e o editorial do WHI não foi escrito por ginecologistas, traduzindo erro grosseiro de informação, levando a suspensão da terapia hormonal em 2 milhões de mulheres em apenas 18 meses, com declínio de 87% na saúde dessas pacientes, por medo de estrogênio.

Doença cardiovascular é o problema e câncer de mama é o medo! Afirma Sarrel. O estrogênio - principalmente administrado por via oral, traz efetiva proteção do endotélio vascular. Na menopausa, o metabolismo hepático se altera com diminuição do HDL Colesterol e aumento do LDL, induzindo inflamação na parede das artérias. O uso indiscriminado do omeprazol diminui a acidez gástrica afetando a absorção do estrogênio via oral. Esse hormônio é um potente bloqueador de cálcio, assim como o a pílula sublingual de nitro utilizada na angina, causando relaxamento da artéria, diminuição da isquemia e consequentemente dor precordial. Estradiol sublingual pode deter um ataque cardíaco. Em 30 minutos essa potente substância aumenta 7 vezes o óxido nítrico na musculatura lisa das artérias. Um em cada sete ataques cardíacos ocorre nas mulheres com menos de 50 anos e quase sempre, nas pacientes jovens, se dá no início do ciclo menstrual devido à diminuição abrupta do estrogênio circulante.

Estatisticamente, em 10 anos, até 9.000 mulheres morreram por ano nos Estados Unidos - por pura falta de estrogênios!

Muito caminho a percorrer na orientação adequada, consciente e fundamentada dos casos que nos procuram no dia-a-dia. Novas associações de drogas vem surgindo. Novos rumos a seguir, mas o bom senso e a moderação continuam sendo os princípios norteadores na busca pela qualidade de vida, que não se unifica na terapia hormonal.

O tema principal desse excelente trabalho da Universidade de Yale deve ser discutido com a paciente e que sua decisão seja tomada sem medo. Estatisticamente, em 10 anos, até 9.000 mulheres morreram por ano nos Estados Unidos - por pura falta de estrogênios!

CRM 2854 AL

Duplo trigger*, GnRHag + hCG, para aumentar as taxas de maturação oocitária.*

Delegado da SBRH – São Paulo
Doutor em Obstetrícia e Ginecologia pela Faculdade de Medicina da USP

Dual trigger with gonadotropin-releasing hormone agonist and standard dose human chorionic gonadotropin to improve oocyte maturity rates

Daniel Griffin, M.D.,a Richard Feinn, Ph.D.,b Lawrence Engmann, M.D.,a John Nulsen, M.D.,a Tara Budinetz, D.O.,a and Claudio Benadiva, M.D., H.C.L.D.a a Center for Advanced Reproductive Services, Division of Reproductive Endocrinology and Infertility, Department of Obstetrics and Gynecology, and b Department of Biostatistics, University of Connecticut Health Center, Farmington, Connecticut

Fertility and Sterility® Vol. 102, No. 2, August 2014 0015-0282/$36.00
Copyright ©2014 American Society for Reproductive Medicine, Published by Elsevier Inc. http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2014.04.028

Na fertilização *in vitro* estimulamos o crescimento folicular com gonadotrofinas para obtenção de oócitos maduros, competentes para fertilização. No ciclo natural a maturação oocitária ocorre após a onda de LH. *In vivo* o oócito completa a meiose I e para em metáfase II até a fertilização, quando então a meiose II é retomada. A maturação *in vitro* é comumente induzida pelo hCG, que substitui a onda de LH natural. Após a estimulação controlada, alguns dos oócitos colhidos estão parados em vesícula germinativa ou metáfase I, apesar do uso correto do hCG. Portanto, quando a proporção entre os oócitos imaturos e maduros é muito alta o resultado do tratamento tende a ser mais pobre. As consequências, pouco ou nenhum embrião para transferência o que reduz as chances de uma gravidez na FIV.

Nos ciclos com os antagonista, o uso do GnRHag para indução da onda endógena de LH, tem sido usado nos últimos anos em muitas situações clínicas, principalmente na prevenção da síndrome do hiperestímulo ovariano. Dentre as vantagens do uso do GnRHag para o *trigger* destacamos uma onda mais fisiológica tanto de LH como para o FSH. Alguns estudos, inclusive, sugerem um aumento no percentual de oócitos maduros quando utilizamos o GnRHag quando comparados com o hCG.

Este trabalho é um estudo retrospectivo de coorte, cujo objetivo foi avaliar a porcentagem de oócitos maduros colhidos em pacientes com história prévia de mais de 25% de oócitos imaturos colhidos após *trigger* com GnRHag + hCG para indução da maturação final.

Todas pacientes foram submetidas à ICSI para melhor acessar a maturidade oocitária. Foram submetidas a vários protocolos de estimulação incluindo microdose de leuprolida ou bloqueio longo, nos seus ciclos prévios, os quais foram comparados com o ciclo de *trigger* duplo. O protocolo de estimulação foi escolhido baseado na preferência do médico. Durante o ciclo prévio, as pacientes usaram somente o hCG, em doses de 5.000 ou 10.000 UI.

Para o ciclo do *trigger* duplo, todas usaram os antagonistas, FSH-r com ou sem associação dohMG. A dose inicial variou de 225 – 600 UI, baseada na idade da paciente, índice de massa corpórea, FSH do 3o dia do ciclo, contagem dos folículos antrais, níveis do AMH e resposta prévia a gonadotrofinas. A maturação final foi induzida quando pelo menos 03 folículos atingissem 17mm de diâmetro com uma combinação de 01mg SC de acetato de leuprolida, mais 5,000–10,000 de hCG.

Os resultados primários avaliadosforam o número e o percentual de oócitos maduros colhidos com o protocolo de *trigger* duplo, comparado ao ciclo prévio. Nos resultados secundários foramincluídos a taxa de fertilização, de implantação, gravidez clínica e em evolução, além da taxa de nascidos vivos.

Resultado comparativo da estimulação ovariana com trigger duplo e no ciclo prévio de FIV

Variável	Cicloprévio (n=27)	Trigger duplo (n=27)	Valor P
Resultado da estimulação ovariana			
Dias de estímulo	10 (8 – 10)	10 (9 – 11)	NS
Dose de gonadotrofinas (UI)	4.200 (2.575 – 6.000)	5.400 (3.300 – 6.750)	.02
Oócitos aspirados (n)	9 (4 – 14)	11 (5 – 16)	.02
Oócitos maduros (n)	3 (1 – 5)	7 (4 – 9)	<.01
% oócitos maduros	38,5 (16,7 – 55,6)	75,0 (55,6 – 80,0)	<.01
Taxa de fertilização (%)	66,7 (40,0 – 100,0)	83,3 (72,4 – 93,8)	NS
Embriões transferidos (n)	1 (0 – 2)	2 (2 – 3)	NS

A proporção de oócitos maduros colhidos foi significantemente maior com trigger duplo quando comparado ao ciclo prévio (75%, com variação de 55,6 – 80% vs. 38,5%, com variação de 16,7 – 55,6%). A probabilidade de aspiração de oócitos por paciente que recebem o trigger duplo foi 2,52 vezes maior (*oddsratio* 2,51; intervalo de confiança 1,06–5,96).

Além dos outros parâmetros analisados nesse trabalho, o aspecto que me pareceu mais importante foi, sem dúvida alguma, a taxa de maturação oocitária maior com o duplo trigger.

O autor conclui que em mulheres com história de aspiração proporcional de um número maior de oócitos imaturos o duplo trigger aumenta o percentual de oócitos maduros, mas mesmo assim permanecendo ruim. A principal crítica ao trabalho, feita pelo próprio autor, trata-se de um trabalho retrospectivo em que as populações comparadas, principalmente relacionadas ao ciclo prévio, eram diferentes. Sugerindo então um desenho prospectivo randomizado para esse tipo de análise.

ATUALIZAÇÃO

O Boletim SBRH traz os pontos mais importantes de duas recentes publicações do *Practice Committee* da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva (ASRM): criopreservação de tecido ovariano e declínio da fertilidade feminina relacionado à idade.

CRIOPRESERVAÇÃO DE TECIDO OVARIANO

Resumo

- A criopreservação de tecido ovariano com posterior transplante é uma técnica experimental.
- A criopreservação de tecido ovariano é uma opção para pacientes que necessitam de tratamento gonadotóxico imediato e é a única opção disponível para meninas pré-púberes.
- A criopreservação de tecido ovariano não deve ser oferecida a pacientes com patologia benigna ou com o objetivo de postergar a gravidez.
- O tecido ovariano humano pode ser criopreservado em fragmentos de tecido cortical ou o ovário como um todo.
- O tecido ovariano pode ser transplantado na pelve (ortotópico) ou fora da pelve (heterotópico).
- Gravidez e nascimentos só ocorreram com transplante ortotópico de fragmentos corticais; entretanto, há fatores de confusão e a gravidez pode ter sido resultado de ovulação do ovário nativo.
- Não há relato de gravidez com transplante heterotópico de fragmentos de tecido ou com o transplante do ovário todo.
- O transplante de tecido ovariano tem risco potencial de reintroduzir a doença maligna.

Conclusões

- A criopreservação de tecido ovariano não deve ser oferecida a pacientes com patologia benigna ou com o objetivo de postergar a gravidez, porque é um procedimento experimental.
- A criopreservação de tecido ovariano com posterior transplante pode ser oferecida a um grupo de pacientes cuidadosamente selecionadas, como procedimento experimental.

O texto na íntegra pode ser lido em Fertil Steril. 2014 May;101(5):1237-43.

Este tema será abordado no 26º Congresso Brasileiro de Reprodução Humana pela Dra. Marta Devesa de La Rua Rodriguez (Institut Dexeus, Espanha).

DECLÍNIO DA FERTILIDADE FEMININA RELACIONADO À IDADE

O número de óvulos nos ovários diminui natural e progressivamente através do processo de atresia. A fertilidade da mulher diminui gradualmente, mas de forma significativa, iniciando aproximadamente aos 32 anos com diminuição mais rápida após os 37 anos. A idade isoladamente tem efeito sobre a fertilidade, reduzindo as chances quer seja de concepção espontânea ou através de técnicas de reprodução assistida. O declínio da fertilidade também se acompanha de significativo aumento nos índices de aneuploidia e aborto espontâneo. Com base nestes dados, são dadas as seguintes

Recomendações

- Educação e conscientização a respeito do efeito da idade sobre a fertilidade é essencial no aconselhamento de pacientes que desejam gestação.
- Mulheres com mais de 35 anos devem ser avaliadas e receber tratamento com seis meses de tentativa de gestação, ou antes, se clinicamente indicado.
- Mulheres com mais de 40 anos, devem ter garantia de avaliação e tratamento imediatos.

O texto na íntegra pode ser lido em Fertil Steril. 2014 May;101(5):1237-43.

Este tema será abordado no 26º Congresso Brasileiro de Reprodução Humana pelo Dr. David Keefe (New York University, USA).

Chocolate e medicina

O nome em latim para o cacau - Theobroma - literalmente significa “alimento dos deuses”. Esta cultura valiosa desempenhou um papel importante em muitas culturas antigas da América do Sul.

Os maias utilizavam o cacau para criar uma bebida para rituais que era compartilhada durante cerimônias de noivado e casamento, proporcionando uma das primeiras ligações conhecidas entre chocolate e romance.

Entre os astecas, era uma substância muito preciosa e, por isso, reservadas para os sacerdotes, altos funcionários do governo, oficiais militares e grandes guerreiros, e que era suposto ser inadequados para mulheres e crianças. Havia muitos rumores que Montezuma preparava sua mistura de cacau antes de ter relações sexuais com suas numerosas esposas.

Os espanhóis foram introduzidos ao chocolate na invasão da América e durante cerca de 100 anos mantiveram a fórmula em segredo. A partir de 1600 o chocolate se espalhou pela Europa, e daí para o mundo.

Atualmente vem sendo estudadas certas propriedades dos pequenos grãos marrons, que podem ser benéficas à saúde do ser humano.

O Prof. Giancarlo di Renzo, tem publicações a respeito:

- *Effects of dark chocolate in a population of Normal Weight Obese women: a pilot study*, que teve como objetivo avaliar os efeitos do consumo do chocolate com 70% de cacau sobre perfil lipídico, marcadores inflamatórios, parâmetros bioquímicos e pressão arterial em mulheres obesas. A conclusão foi que o consumo regular de chocolate com 70% de cacau pode ser útil em manter um bom perfil aterogênico, devido ao efeito favorável sobre HDL colesterol, relação entre lipoproteínas e marcadores de inflamação.

- *Potential effects of chocolate on human pregnancy: a randomized controlled trial*, que teve como objetivo avaliar os efeitos da suplementação com 30 g chocolate com 70% de cacau sobre vários parâmetros hematológicos e clínicos em gestantes. A conclusão foi que uma modesta ingestão de chocolate com alto conteúdo de cacau contribui para reduzir a pressão arterial e a glicemia, sem afetar o ganho de peso.

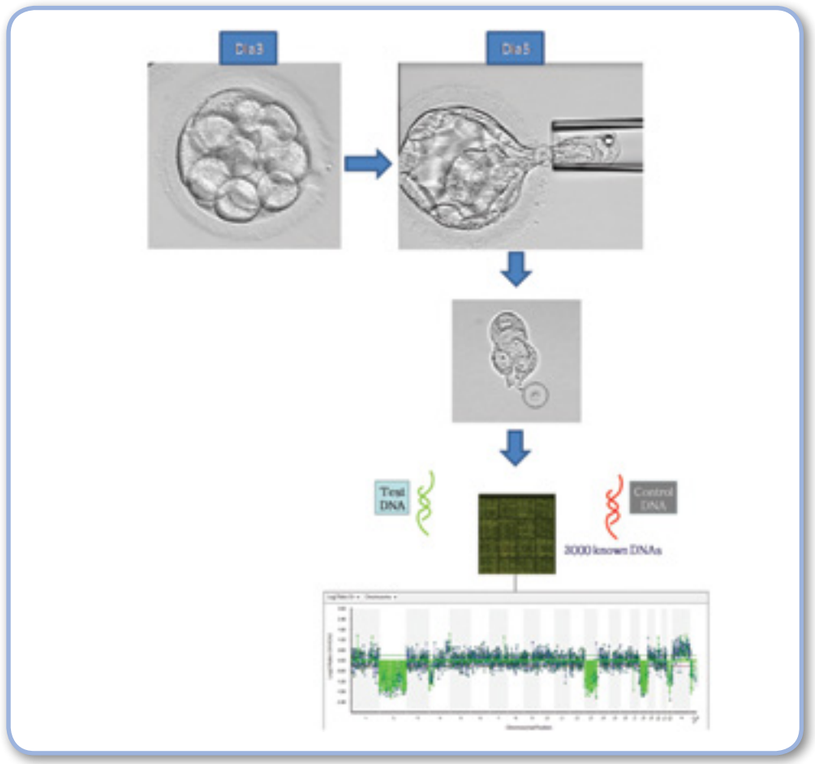
Fontes: Nutrients. May 2013; 5(5): 1573–1584.
Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2013 Aug;17(16):2257-66.
J Matern Fetal Neonatal Med. 2012 Oct;25(10):1860-7

O Prof. Gian Carlo di Renzo é presença confirmada no 26º Congresso Brasileiro de Reprodução Humana e vai abordar o tema “A Mulher e o Chocolate”.

ScreeningGenético Pré-Implantacional (DPI), através da técnica de Hibridização Genômica Comparativa (CGH), por array.

Graduada em Biomedicina, tem doutorado em Ginecologia e Obstetrícia pela Universidade de Valencia (Espanha). Ex-coordenadora do Departamento Científico da Huntington São Paulo, é gerente da Igenomics no Brasil.

Uma das tecnologias mais avançadas no momento possibilita a análise genética dos 24 cromossomos em poucas células do embrião. A biópsia pode ser realizada no terceiro ou quinto dia de desenvolvimento embrionário, preferencialmente após a realização de ICSI (para evitar polispermia), seguido de transferência embrionária 24 horas após o resultado, ou possibilidade de congelamento (pré ou pós biópsia) através da técnica de vitrificação.



O diagnóstico prévio de possíveis alterações cromossômicas a serem encontradas nos embriões permite a transferência para o útero materno apenas de embriões cromossomicamente normais, evitando transferências e padecimentos desnecessários, além de diminuir o risco de gestação múltipla.

O uso está indicado:

- idade materna avançada (≥38 anos)
- repetidas falhas de implantação (≥2 falhas FIV)
- abortos de repetição (≥2 abortos)
- fator masculino severo (baixa contagem <5 milhões/ml)
- casais com presença de anomalia cromossômica em alguma gestação anterior
- casais com cariótipo alterado

A transferência de um embrião euplóide, além de evitar a transferência de embriões cromossomicamente inviáveis, também previne uma gestação com erros cromossômicos, principal causa de perdas gestacionais espontâneos no primeiro trimestre da gravidez. Este procedimento ainda gera muitas dúvidas aos pacientes e estes são os questionamentos mais comuns que os casais tem no momento em que a biópsia embrionária é indicada pelo médico.

Dúvidas frequentes das pacientes:

1 – Como é realizada a biópsia embrionária? O embrião sofre algum dano?

É importante deixar claro para os pacientes que a biópsia embrionária consiste na retirada de 1 ou algumas células do embrião (dependendo do estágio de desenvolvimento em que ele se encontre). É um método não invasivo, porém que necessita das mãos de um embriologista com muita experiência para sua realização. Dessa forma, a manipulação correta não prejudica o desenvolvimento embrionário, a implantação e a futura gestação. Além disso, diversos estudos publicados atualmente comparando crianças nascidas a partir de embriões biopsiados e não biopsiados demonstram resultados equivalentes, provando que a técnica não prejudica em nada o nascimento dessas crianças.

2 – Em que dias do desenvolvimento embrionário a biópsia pode ser realizada, e qual a diferença?

A biópsia embrionária pode ser realizada no 3º e no 5º dia. No 3º dia, é retirada apenas 1 blastômero. Já no 5º dia, em estágio de blastocisto,de 3 a 5 células do trofoectodermo são retiradas.

3 – A realização do CGH-array exclui qualquer tipo de doença genética?

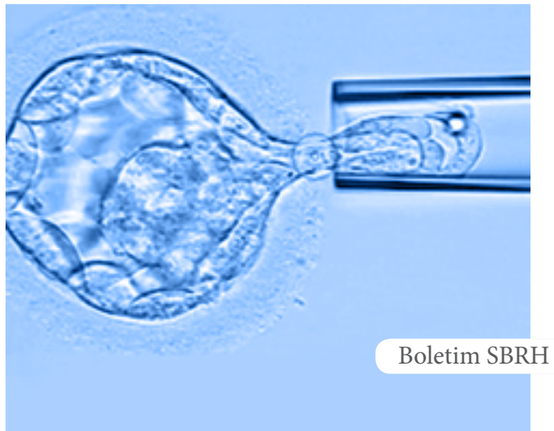
Não, a biópsia embrionária com análise através do CGH-array possibilita a informação cromossômica quanto ao número de cromossomos presentes naquele embrião em estudo. Revelando se existe cromossomo extra, se houve uma perda ou ainda uma troca de cromossomos que originaram um desequilíbrio genético no embrião. Entretanto, essa técnica não detecta presença de mutações, pequenas alterações estruturais ou alterações estruturais equilibradas, entre outras.

4 – Qual a porcentagem de embriões anormais com a análise por CGH-array?

Depende muita da idade da paciente. Em mulheres com idade inferior aos 40 anos a chance é ao redor de 70%. Em mulheres com idade superior aos 40 anos, as chances de anomalias cromossômicas sobem para 80-90%.

5 – Preciso fazer a aminocentese após a realização do CGH-array?

Quando o CGH-array é realizado no dia 5º de desenvolvimento embrionário, no blastocisto esse estudo pré-natal é desnecessário. Porém, quando a biópsia e a análise são realizadas no 3º dia de vida do embrião, sim é necessário porque não podemos descartar a possibilidade de um mosaicismo genético. ■



ESHRE ANNUAL MEETING 2014

Especialista em Reprodução Humana pela PUCRS e pelo Instituto Valenciano de Infertilidad de Sevilla (Espanha). Ginecologista do Fertilitat – Centro de Medicina Reprodutiva.

O ESHRE 2014 foi realizado em Munique, Alemanha, de 20 de junho a 2 de julho. A capital da Baviera é um importante centro econômico, científico, e cultural, além de ser rica em atrações turísticas, sem falar na sua tradição da cerveja.

O Dr. Fernando Badalotti selecionou três trabalhos apresentados no Congresso para o Boletim da SBRH.

Relação entre uso de drogas para estimulação da ovulação e risco de câncer de mama, ovários e endométrio

Este estudo foi realizado pelo Instituto Nacional do Câncer dos EUA. Trata-se de uma investigação retrospectiva envolvendo 12.193 mulheres submetidas a tratamento para infertilidade entre 1965 e 1988. O seguimento durou até 2010, com avaliação baseada em questionários associados ao registro de câncer e de mortes dos Estados Unidos. Um total de 9.892 mulheres foi avaliado para resultado de câncer.

Depois de 30 anos de seguimento, 749 casos de câncer de mama, 119 de endométrio e 85 casos de câncer ovariano foram identificados nas 9892 pacientes. O “ever use” de clomifeno – que inclui quase 40% da amostra – não foi associado a aumento do risco para câncer de mama, a não ser num sub-grupo que usou a droga por 12 ou mais ciclos de indução. Nestes casos o clomifeno foi associado a risco significativo para câncer invasivo de mama (OR = 1,69 - 95% CI 1,16-2,45). Este risco permaneceu relativamente estável após ajuste para causa da infertilidade e múltiplos preditores de câncer de mama. O uso do clomifeno não está significativamente relacionado com câncer ovariano ou câncer endometrial, mesmo quando vários ciclos foram realizados, a não ser nas pacientes que permaneceram inférteis, que apresentaram maior risco de ca de ovário (HRs e 95% CIs = 3.63, 1.36-9.72 vs. 0.88, 0.47-1.63, respectivamente; P=0.001). Somente 10% dos casos foram tratados com gonadotrofinas (hMG e FSH) e não houve relação com aumento de risco de câncer.

Os autores sugerem que, apesar do longo tempo de seguimento do estudo, é imprescindível que a monitorização continue, pois a população estudada é ainda relativamente jovem para o pico de incidência destes cânceres e porque o número de pacientes que usaram gonadotrofinas aumentou substancialmente depois de meados dos anos 80, pelo maior número de casos de fertilização *in vitro*.

Avaliação da reserva ovariana em usuárias de anticoncepcional oral (ACO)

Estudo dinamarquês cujo objetivo foi avaliar o efeito do uso prolongado de anticoncepcional oral (ACO) sobre os marcadores de reserva ovariana, associados ao estilo de vida e fatores biológicos preconcepcionais. As evidências disponíveis a respeito dos efeitos da pílula anticoncepcional sobre a fertilidade são tranqüilizadoras – após a suspensão, os ciclos logo se regularizam e normalmente num prazo de seis meses ocorre gestação. Entretanto, existe interesse em saber, naquelas mulheres que usam a pílula por longo período, se existe efeito sobre o *status* reprodutivo e se este é mascarado pelo uso da pílula.

Este estudo mostrou que a pílula tem marcado efeito supressivo sobre dois marcadores estabelecidos da reserva ovariana: o hormônio antimulleriano (AMH) e a contagem de folículos antrais (AFC), cuja associação é considerada hoje em dia como o melhor teste da reserva ovariana e do futuro reprodutivo, e também um indicador do atual estado do relógio biológico.

O estudo incluiu 833 mulheres com idades entre 10 e 46 anos, e comparou as medidas de AMH, AFC e volume ovariano em usuárias e não usuárias de ACO. Aproximadamente 30% das mulheres eram usuárias de pílula.

Os resultados demonstraram níveis de AMH e de AFC 19% e16% menores respectivamente em usuárias de ACO em comparação com as que não usam. Além disso, o volume ovariano diminuiu em 29% e 52% respectivamente, com maior redução em mulheres entre 35 e 39,9 anos (p<0.0005). Após ajustes para idade, IMC, fumo, idade da menopausa materna, fumo materno durante a gravidez e prematuridade, o AMH foi 28 % mais baixo e o AFC 19% mais baixo nas usuárias de ACO quando comparadas às não usuárias (95% CI 10-50% e 95% CI 17-46%, respectivamente).

Os autores sugerem que os parâmetros de avaliação do *status* reprodutivo sejam modificados para as mulheres que usam ACO e que as mesmas sejam informadas sobre estas modificações, que têm demonstrado serem passageiras.

Histerosocopia em mulheres com falha recorrente de FIV – the trophy trial

Estudo multicêntrico randomizado que visou resolver uma longa controvérsia: se o resultado da fertilização in vitro pode ser melhorado com o uso rotineiro de histeroscopia (HSC) nas pacientes com falha prévia de gravidez.

Foram recrutadas 760 mulheres, das quais 719 foram randomizadas. As pacientes tinham menos de 38 anos, IMC<35, de 2 a 4 falhas de FIV e planejavam fazer um novo ciclo e não tinham miomas que provocassem alteração da cavidade uterina ou hidrossalpinge. Das 367 pacientes que fizeram HSC, 12% tiveram alguma anormalidade; 352 não fizeram o exame.

No procedimento subseqüente de FIV, não houve diferença nos resultados: o índice de gravidez foi de 37% em ambos os grupos e o índice de implantação foi de 28% no grupo da HSC e de 29% no grupo controle.

Os dados mostram que não está indicada HSC de rotina em casos de falhas repetidas de FIV, pois não aumenta a chance de gravidez.

Os autores argumentam que provavelmente as anormalidades encontradas tenham pouco significado clínico e que talvez a associação com *scratching* (injúria endometrial) possa trazer resultados diferentes.

Novidades na Ciência

"JUNO": DESCOBERTA PROTEÍNA ESSENCIAL À FERTILIZAÇÃO

Pesquisadores britânicos descobriram, na superfície do óvulo, a proteína que promove a fusão com o espermatozóide. Esta proteína foi denominada Juno, em homenagem à deusa romana da fertilidade - *Nature* 2014;508 (7497): 483-7.

Em 2005 pesquisadores japoneses haviam descoberto a proteína de ligação que existe na superfície do espermatozóide, que foi batizada de "Izumo", denominação de altar matrimonial japonês.

Os experimentos demonstraram que óvulos e espermatozóide se fundem apenas de houver Juno e Izumo nas respectivas superfícies de ambos. Os pesquisadores também detectaram que quarenta minutos após a fertilização, a proteína Juno não pode ser mais detectada no óvulo. Isso pode explicar por que o óvulo permite apenas a penetração de um espermatozóide e porque foi mais difícil a identificação desta proteína.

A descoberta destas proteínas, que permitem que o esperma e o óvulo reconheçam um ao outro, pode oferecer novos caminhos para a melhoria dos tratamentos de fertilidade e para o desenvolvimento de novos métodos contraceptivos.

ESTRESSE E DIFICULDADE DE GESTAÇÃO: AGORA ESTÁ QUANTIFICADO

Há longo tempo se discute o papel do estresse sobre a fertilidade. Estudo publicado recentemente mostrou, pela primeira vez, em termos numéricos, esta relação – *Human Reprduction* 2014;.

Cientistas americanos fizeram dosagem de um biomarcador de estresse emocional, a alfa-amilase, na saliva de 501 mulheres, de 18 a 40 anos, sem problemas de fertilidade, a partir do momento que decidiam engravidar. Elas foram acompanhadas ao longo de 12 meses ou até que engravidassem.

Os dados mostraram que mulheres com altos níveis de alfa-amilase têm uma probabilidade 29% menor de engravidar do que as mulheres com níveis mais baixos. As participantes estressadas também tiveram o dobro de probabilidade de enquadrar-se na definição clínica de infertilidade - não engravidar apesar de 12 meses de relação sexual regular sem proteção.

Os autores do estudo recomendam o uso de técnicas de redução do estresse, como yoga ou meditação, para as mulheres que apresentam dificuldade em engravidar.

Eventos

Da esquerda para a direita: Drs. Mariangela Badalotti, Paulo Gallo, Ricardo Lasmar, Maria Ceclia Erthal, Marcelo Burlá, Claudio Crispi e Marco Aurélio Pinho.

Rio de Janeiro (RJ)

IV Simpósio de Fertilidade: Endometriose X Fertilidade
Local: Hotel Windsor Barra - Rio de Janeiro/RJ
Data: 05 de abril de 2014
Delegado Paulo Gallo de Sá

Da esquerda para a direita: Drs. Leonardo Alves Ferreira, Waldemar Naves do Amaral, Mylena Rocha, Mario Cavagna, Adelino Amaral e Zelma Bernardes Costa.

Goiânia (GO)

13ª Jornada de Reprodução Humana
Local: Hotel San Marino Goiânia/GO
Data: 05 de abril de 2014
Delegada Mylena Naves de Castro Rocha

Da esquerda para a direita: Drs. David Barreira, Bruno Ramalho, Hitomi Nakawaka, Mariangela Badalotti, Vinícius Lopes

Brasília (DF)

6ª Simpósio de Reprodução Humana de Brasília
Local: LBV – Auditório Austregésilo de Athayde – Brasília/DF
Data:11 e 12 de abril de 2014
Delegado David Barreira Sobrinho

Da esquerda para a direita: Drs. João Pedro Caetano, Marcelo Cançado, Claudia Navarro Lemos, Adelino Amaral da Silva, Marcos Melo e Sandro Magnavita Sabino.

Belo Horizonte (MG)

Simpósio Internacional de Reprodução Humana
Local: Minascentro - Belo Horizonte/MG
Data: 14 de maio de 2014
Delegado Marcelo Lopes Cançado

Eventos

Da esquerda para a direita: Drs. Marcele Avelino (PI), André Luiz Eigenheer (PI), Ciro Martinhago (SP), Fulvia Fechine (MA)e Anatole Borges (PI).

Teresina (PI)

III Simpósio de Reprodução Humana do Piauí / XXII Jornada da SOPIGO
Local: Blue Tree Towers Rio Poty Teresina - Teresina/PI
Data: 15 a 17 de maio de 2014
"Infertilidade conjugal, avaliação crítica da fertilidade feminina e as novas ferramentas para o diagnóstico genético dos embriões saudáveis foram algumas da temáticas abordadas pelos especialistas em reprodução humana durante o III Simpósio de Reprodução Humana em Teresina."
Delegado Andre Luiz Eigenheer da Costa

Dra. Mariangela Badalotti e Dr. Jean Louis Maillard

Florianópolis (SC)

Simpósio SBRH Seção Santa Catarina
Local: Hotel Majestic – Florianópolis/SC
Data: 29 de maio de 2014
"Nosso evento, abrilhantado pela Dra Mariangela, foi coroado de sucesso e nunca um evento da SBRH juntou tantos participantes. A abordagem da infertilidade para os ginecologistas não esterileutas foi o foco principal com todos elogiando o programa."
Delegado Jean Louis Maillard

Da esquerda para a direita, Drs: José Gonçalves Franco Júnior, Joaquim Costa Lopes, Gilberto Costa Freitas, Renata Scarabichi, Mario Cavagna, Rui Ferriani, Adelino Amaral da Silva e Claudia Petersen.

São Paulo (SP)

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
"Sucesso na atualização da Reprodução Assistida em São Paulo"
Delegado Gilberto da Costa Freitas

Agenda

2014

Agosto

Jornada SBRH Amazonas
Local: Manaus/AM
Data: 09 de agosto de 2014
Delegado Lourivaldo Rodrigues de Souza

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

Jornada SBRH Rio Grande do Norte
Local: Natal/RN
Data: 29 de agosto de 2014
Delegado Sonia Maria de Medeiros Barreto

Setembro

Jornada SBRH Rio Grande do Sul
Local: Porto Alegre/RS
Data: 01 de setembro de 2014
Delegada Rafaella Petracco

XIX Congresso Paulista de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo
Local: Transamérica Expo Center São Paulo/SP
Data: 04 a 06 de setembro de 2014
www.sogesp.org.br

Jornada SBRH Mato Grosso
Local: Cuiabá/MT
Data: 12 e 13 de setembro de 2014
Delegado José Aldair Kotecki

Jornada SBRH Pernambuco
Local: Recife/PE
Data: 19 e 20 de setembro de 2014
Delegado Altina Castelo Branco Almeida Barros

Jornada SBRH Tocantins
Local: Palmas/TO
Data: 25 a 27 de setembro de 2014
Delegado Pedro de Paula Caldas

Outubro

2º Congresso Internacional de Saúde da Mulher / 33º Congresso Paraibano de Ginecologia e Obstetrícia
Local: Espaço Cultural de João Pessoa – Tambauzinho – João Pessoa/ PB
Data: 16 a 18 de outubro de 2014
www.congressodamulher.org
Delegado Geraldez Tomaz

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/RS
Data: 06 a 08 de novembro de 2014
www.sbrh.org.br
www.plenariumcongressos.co

Dezembro

XVII Simpósio Paulista de Infertilidade Conjugal e Hormonioterapia
Local: Hotel Tivoli Mofarrej – São Paulo/SP
Data: 05 e 06 de dezembro de 2014
www.spich.com.br

2015

Março

24ª Jornada de Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Sinhá Junqueira
Local: Centro de Convenções Ribeirão Preto – Ribeirão Preto/SP
Data: 04 a 07 de março de 2015
www.sinhajornada.com.br/2015/

Junho

2015 AMA Annual Assembly Meeting
Local: Chicago, IL, USA
Data: 6 a 10 de junho de 2015
www.ama-assn.org

Outubro

XXI Congresso Mundial de Ginecologia e Obstetrícia da Figo
Local: em Vancouver, no Canadá.
Data: 4 a 9 de outubro de 2015
www.figo2015.org

71st Annual Meeting of the ASRM
Local: Baltimore Convention Center, Baltimore, MD, USA
Data: 17 a 21 de outubro de 2015
www.asrm.org

Novembro

56º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia
Local: Brasília/DF
Data: 12 a 15 de novembro de 2015
www.febrasgo.org.br/56cbgo/

06 a 08 de Novembro de 2014

CONVIDADOS INTERNACIONAIS

ANDREA STAMPINI

CARLOS SIMON

CRISTINA HICKMAN

DAVID KEEFE

GIAN CARLO DI RENZO

JOSEPH CONAGHAN

JULIO VICTOR DIAZ

KLAUS RINK

MARTA DEVESA DE LA RÚA

MARIA EUGENIA PÓO

NASSER AL-ASMAR

PAUL LOHLE

PHILIPPE DESCAMPS

RENÉ FRYDMAN

SANTIAGO PALACIOS

SÉRGIO PAGER

STEPHANIE PAGE

TONY GORDON

PATRÍCIA ALKOLOMBRE

TEMAS

Terapia Hormonal

Adolescência

Anticoncepção

Reprodução Assistida

Violência Sexual

Oncofertilidade

ENDOMETRIOSE

Climatério

Ultrassonografia em GO

Endocrinologia Ginecológica

SEXOLOGIA

GENÉTICA

Embriologia

Endoscopia Pélvica

Infertilidade

Andrologia

APOIO

PUCRS
VIVA ESSE MUNDO
Av Ipiranga, 6681 - Prédio 41

ORGANIZAÇÃO

plenarium
Organização de Congressos
Fone/fax: (51) 3311.8969 / 3311.9456 / 3311.25
E-mail : plenarium@tema.com.br
www.plenariumcongressos.com.br

HOTEIS E PASSAGENS PROMOCIONAIS

Official
Fone/Fax:(51) 3012.7006 / 3012.7008
agencia.official@tema.com.br
www.officialturismo.com.br

comunicação