



Boletim SBRH

Ano 13 | Nº 3 | jul/ago/set 2014

Eleita nova diretoria da SBRH

Biênio 2015-2016



Presidente
Mario Cavagna Neto
cavagna@hotmail.com



1º Vice-Presidente
João Pedro Junqueira Caetano
joaopedro@procriar.com.br



2º Vice-Presidente
Artur Dzik
adzik@terra.com.br



Secretário Executivo
Paulo Gallo de Sá
paulogallo@cremerj.org.br



Secretária Adjunta
Maria Madalena Pessoa Caldas
caldas@elogica.com.br



Tesoureira
Nilka Fernandes Donadio
emit@ig.com.br



Tesoureiro Adjunto
Dirceu Henrique Mendes Pereira
dirceuh@profert.com.br



Diretora Científica
Mariangela Badalotti
mariangela@fertilitat.com.br



Presidente do Conselho de Delegados
Vinicius Medina Lopes
viniciusmlopes2004@yahoo.com.br

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



Nossa gestão está chegando ao fim. Este é o último boletim regular desta Diretoria. O próximo enfocará especificamente o 26º Congresso da SBRH.

O encerramento de uma gestão é sempre um tempo de reflexão, de balanço das realizações, do confronto entre o projetado com o ocorrido. Realizamos tudo que queríamos? Não, mas isso só significa que nossos sonhos não eram poucos e que sempre se deve querer mais para o contínuo crescimento da SBRH.

Dentre nossas realizações, buscando dar maior visibilidade à SBRH, repaginamos o nosso logotipo, conferindo modernidade nos traços de design, sem perder a conexão, o sentido e a identidade da marca anterior. Modificamos o site, para torná-lo mais moderno e aproximar mais o associado da sociedade. Na área de publicações, lançamos uma atualização do livro Ginecologia Hormonal, e será lançada, no congresso uma re-edição do Tratado de Reprodução Assistida. Levamos a Revista Reprodução e Climatério para a Elsevier, para qualificá-la e pleitear maior indexação. E os delegados organizaram mais de 20 eventos estaduais ao longo destes dois anos, possibilitando ampliar a área da abrangência geográfica da nossa Sociedade.

Nesta edição os leitores terão oportunidade de conhecer melhor nosso futuro presidente, Dr. Mário Cavagna, através de uma entrevista exclusiva; de saber a opinião do geneticista Ciro Martinhago sobre trombofilias congênitas; de se atualizar com as novidades do 70º Congresso da ASRM, através do relato da delegada Rafaella Petracco; de avaliar os artigos comentados pelos delegados Pedro Caldas, André Eigenheer e Aldair Kotecki; de conhecer novos fármacos que podem ser utilizados para o manejo dos sintomas climatéricos. E é claro que não vão faltar as fotos dos eventos do trimestre.

Por último, apresentamos um encarte especial sobre os contraceptivos hormonais disponíveis no Brasil, para o ginecologista ter sempre à mão no consultório.

Boa leitura e até breve, em Porto Alegre!

Mariangela Badalotti
Presidente SBRH

Sumário

04 | Entrevista:
Mario Cavagna - Presidente da SBRH

07 | Opinião:
Ciro Martinhago

08 | Artigo Comentado:
André Luiz Eigenheer da Costa

09 | ENCARTE ESPECIAL

13 | ASRM:
Rafaella Petracco

15 | Artigo Comentado:
Pedro de Paula Caldas

16 | Artigo Comentado:
José A. Kotecki

17 | Novidades na Ciência

18 | Eventos

19 | Agenda

Conheça o novo presidente da SBRH

Dr. Mario Cavagna foi eleito novo presidente da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana – SBRH para o biênio 2015/2016. Cavagna participou da diretoria anterior como Secretário Executivo e está bem próximo

das necessidades e competências da SBRH. É ele quem representará a Sociedade nos próximos dois anos. Para saber mais sobre o novo presidente, o Boletim SBRH o entrevistou. Confira abaixo.

SBRH - Qual sua trajetória profissional e como ocorreu sua relação com a reprodução humana?

Dr. Mario Cavagna - No começo de minha carreira, minha principal atividade era a obstetria. Em 1986, quando eu era preceptor de residentes da clínica obstétrica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, tive a oportunidade de participar de um evento, na Faculdade de Medicina da PUC de Sorocaba, onde o saudoso Prof. Nilson Donadio fez uma palestra sobre a fertilização *in vitro*, que começava a se firmar no Brasil, graças ao seu pioneirismo. Lembro-me que, na época, e lá se vão 28 anos, achei uma coisa fantástica, nos moldes do Admirável Mundo Novo de Aldous Huxley. Alguns meses depois, o Prof. Marcelo Zugaib, já Titular da Clínica Obstétrica, convidou o Prof. J.G. Franco Jr., que voltava dos Estados Unidos, para montar o setor de reprodução assistida no Hospital das Clínicas de São Paulo. Lembrei-me da palestra do Prof. Donadio e pedi ao Prof. Zugaib para participar do grupo. Acabei me apaixonando pela especialidade, e quando o Prof. Franco deixou o HC para voltar a Ribeirão Preto e montar sua clínica privada, deixei a clínica obstétrica e fui ajudar a montar o setor da reprodução humana do Hospital Pérola Byington, ou melhor, o então Centro de Referência da Saúde da Mulher, Nutrição Alimentação e Desenvolvimento Infantil, recém criado pelo Prof. José Aristodemo Pinotti. Era o ano de 1991, e estou lá até hoje.

SBRH - Em sua opinião qual é a principal atividade da SBRH no que tange à representatividade e valorização dos profissionais?

Dr. Mario Cavagna - A SBRH é uma sociedade multidisciplinar que atua nas diversas áreas que compõem a medicina reprodutiva. É a sociedade médica mais antiga do Brasil, fundada em 1947 com o nome de Sociedade Brasileira de Esterilidade. Entre os sócios fundadores, tive a honra de ter convivido com o Prof. Carlos Alberto Salvatore, no Hospital das Clínicas de São Paulo, e com o Dr. João Amorim, no Hospital Pérola Byington. Nos anos 60 passou a ser chamada de Sociedade Brasileira de Fertilidade, e no início dos anos 70 recebeu a denominação atual, de Sociedade Brasileira de Reprodução Humana. A SBRH é órgão representativo dos profissionais que atuam na área da medicina reprodutiva, tendo por missão primordial auxiliar no aprimoramento dos conhecimentos e na defesa da atuação desses profissionais.

SBRH - Quais são seus planos de gestão como presidente da SBRH?

Dr. Mario Cavagna - Tenho uma missão difícil, que é a de manter a SBRH no patamar deixado pelos ex-presidentes Dirceu Henrique Mendes Pereira, Waldemar Naves do Amaral, Artur Dzik e Mariangela Badalotti, cujas gestões engrandeceram a sociedade e a solidificaram como órgão representativo dos profissionais que atuam

na área, não só na reprodução assistida, mas também nas outras disciplinas que a Reprodução Humana engloba. Vamos dar apoio à nossa Revista, cujos editores vêm conseguindo vencer etapas importantes em bases de indexação e almejam levá-la à categoria Qualis B2; pretendemos, com o apoio dos Delegados dos diversos Estados, realizar eventos regionais, divulgando novos conhecimentos na área; pretendemos oferecer aos associados um site moderno e que contribua para obtenção de conhecimentos, como por exemplo oferecendo um banco de aulas ministradas pelos diretores da SBRH nos diversos eventos que participamos em todo o Brasil. Queremos, desde já, convidar a todos para o 27º Congresso Brasileiro de Reprodução Humana, que será realizado de 3 a 5 de novembro de 2015, em São Paulo.

SBRH - Como o Sr. vê as questões relacionadas à ciência e à reprodução humana no Brasil?

Dr. Mario Cavagna - Tenho muito contato com centros europeus de reprodução humana, tendo inclusive trabalhado na Itália em um grande centro de reprodução assistida. Técnica e cientificamente, nós estamos no mesmo nível que os europeus. Estamos presentes nos principais congressos internacionais da especialidade, o da ESHRE, na Europa, e o da ASRM, na América do Norte, sempre com apresentações orais de pesquisas de qualidade. O Brasil é um país de contrastes: enquanto temos uma medicina de ponta entre as melhores do mundo, nossa saúde pública enfrenta graves problemas.

Doutor em Medicina pela Universidade de São Paulo, Doutor em Medicina e Cirurgia pela Universidade de Cagliari, na Itália, e Professor Livre Docente de Ginecologia e Fisiopatologia da Reprodução pela Universidade Estadual Paulista – UNESP. É diretor da Divisão de Reprodução Humana do Centro de Referência da Saúde da Mulher – Hospital Pérola Byington, São Paulo.





A SBRH não se furtará a discuti-los, em todos os níveis, e se colocará à disposição da AMB e CFM para sugerir soluções. Entre as quais não incluímos, obviamente, a atividade de médicos estrangeiros, sem REVALIDA, sem que tenhamos a menor ideia de suas formações e habilitações profissionais, para prestar assistência justamente aos mais pobres e socialmente menos favorecidos. Não é assim que o problema da saúde no Brasil será resolvido.

SBRH - Qual sua visão sobre educação continuada e crescimento profissional?

Dr. Mario Cavagna - A todo momento surgem novas pesquisas e novas informações que podemos colocar em prática para melhorar a assistência às nossas pacientes. Atualmente, temos essas informações praticamente em tempo real. Consideramos que é dever da SBRH para com seus associados processar as informações científicas que se multiplicam, selecioná-las e disponibilizá-las usando nosso site e nosso boletim, além da realização dos eventos que já mencionamos. Nossos livros, o Tratado de Reprodução Assistida, Ginecologia Hormonal e Atlas de Reprodução Humana, continuam a ser atualizados e distribuídos aos associados. A diretoria da SBRH coloca-se, também, à disposição dos associados para discutir casos e dirimir dúvidas, sempre que for necessário. Qualquer associado que queira algum tipo de informação, ou discutir qualquer tipo de conduta com a SBRH, pode entrar em contato por telefone ou e-mail com a Sra. Vera, que colocará o

associado em contato com um colega que possa prestar as orientações necessárias.

SBRH - Há algum tema a ser discutido com premência na área da reprodução humana?

Dr. Mario Cavagna - Está em andamento no Congresso projeto de lei que regulamenta a prática da reprodução assistida no Brasil. Do ponto de vista teórico, não deveria haver necessidade de regulamentação pelo Congresso de atividade médica; tratar pneumonias ou operar tumores são atos médicos que não necessitam ingerência externa, os conselhos regionais têm autonomia para definir, regulamentar e fiscalizar as diversas atividades médicas. A reprodução humana, porém, pelas suas particularidades que envolvem a ética, a moral, a sexualidade e também aspectos legais como direito de sucessão e outros, exige regulamentação para, inclusive, respaldar a ação dos profissionais da área e coibir eventuais abusos que possam ser praticados. É óbvio que a participação das sociedades médicas na discussão das propostas é impositiva e fundamental. A SBRH está atenta aos acontecimentos no Congresso e procurará agir na defesa das atividades profissionais de todos os seus associados, bem como da ética e dos direitos de nossas pacientes no que se refere à saúde reprodutiva.

SBRH - O que o associado pode esperar da SBRH?

Dr. Mario Cavagna - O associado pode esperar, e cobrar da SBRH, atuação na educação médica, suporte científico e assistencial e defesa de sua atuação profissional.

TROMBOFILIA Fatores de risco hereditários

Graduado em Medicina Humana
pela Universidade Federal de
Alfenas/MG
Doutor em Genética Reprodutiva
pela UNESP/Botucatu
Diretor da Chromosome Medicina
Genômica/São Paulo



A trombofilia é uma condição hereditária ou adquirida que pode levar um indivíduo ao tromboembolismo. Recentemente, três importantes trombofilias hereditárias foram descobertas como sendo responsáveis pela maioria dos eventos tromboembólicos em pacientes sem risco aparente de trombose. A primeira, uma mutação no gene do Fator V de Leiden, é encontrada em aproximadamente 5% da população e é responsável por 20-30% dos eventos de tromboembolismo venoso. Esta mutação em homocigotos (dois alelos mutados) aumenta o risco de trombose venosa em até 80 vezes. Em heterocigotos (um alelo mutado) aumenta o risco 8 vezes. O uso de contraceptivos orais e as gestações aumentam estes riscos basais. A associação do Haplótipo R2 com o Fator V de Leiden eleva ainda mais o potencial de risco de fenômenos trombóticos. Essa condição genética é autossômica dominante, e deve-se monitorar o paciente de forma constante. O uso de anticoagulantes pode ser indicado de acordo com critério médico. Deve-se aumentar o cuidado com o tabagismo e contracepção ou reposição com hormônios ovarianos.

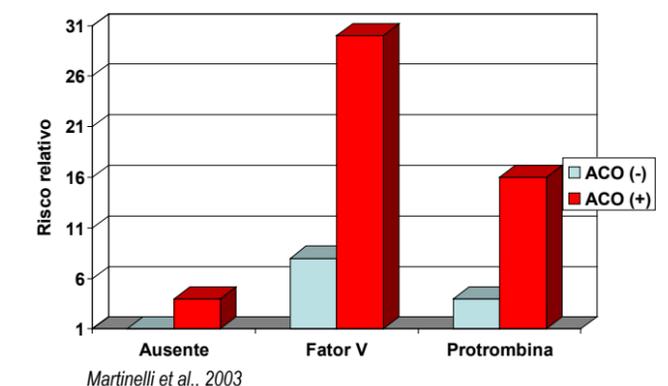
Na segunda, a mutação no gene da Protrombina é associada com o aumento da concentração da protrombina plasmática e aumenta o risco para tromboembolismo venoso e trombose cerebral. Indivíduos que possuem um gene alterado (heterocigoto) para esta mutação têm um risco 6 vezes aumentado de sofrer uma trombose venosa. O risco é consideravelmente aumentado pelo uso de contraceptivos orais e na gravidez.

Caso a mulher seja portadora heterocigota para os dois genes (Fator V e Protrombina) o risco de um acidente vascular cerebral isquêmico (AVC) pode aumentar em 149X se a mesma fizer uso de anticoncepcional oral. Portanto, o exame de DNA de detecção da mutação para esses dois genes torna-se necessário em qualquer mulher que venha fazer o uso de anticoncepcional oral, que queira engravidar ou iniciar uma terapia de reposição hormonal.

Na terceira forma de trombofilia hereditária, a mutação no gene MTHFR (Metilenotetrahidrofolato redutase) é a mais frequente causa do aumento moderado de homocisteína e pode ser encontrado em 5-15% da população. A mutação em homocigose está associada a um risco 5-6 vezes aumentado de trombose venosa. A homocisteína é um fator independente no risco de arteriosclerose, derrame cerebral, doenças vasculares periféricas e cardiopatias. Porém, a mutação C677T só deve ser considerada patogênica em pacientes que são homocigotas, pois a heterocigose é variante da normalidade, uma vez que mais de 40% das mulheres Brasileiras apresentam esse status.

Porém, a grande discussão atual é se as trombofilias hereditárias ou até mesmo as adquiridas podem influenciar na fertilidade feminina. Apesar de discutível, alguns autores conseguem correlacionar uma estreita ligação das trombofilias hereditárias e abortamento de repetição após 9 semanas de gestação, porém, não há correlação clínica científica que evidencie relação com infertilidade. Portanto, o uso de heparina de baixo peso molecular só se justifica em casos de abortamento que tenham ocorrido no final do primeiro trimestre gestacional.

Interação entre Fator V (Leiden) ou mutação para Protrombina e uso de Anticoncepcional Oral (ACO) para determinação de um Tromboembolismo Venoso



A doença celíaca e distúrbios reprodutivos: meta-análise de associações epidemiológicas e possíveis mecanismos patogênicos.

Celiac disease and reproductive disorders: meta-analysis of epidemiologic associations and potential pathogenic mechanisms.

Tersigni, C.; Castellani, P.; de Waure, C.; Fattorossi, A.; De Spirito, M.; Gasbarrini, A.; Troca, G.; Di Simone, N.

Vol. 20 Nr. 4 Página: 582 - 593 Data da publicação: 01/07/2014

Especialista em Ginecologia e Obstetria pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetria (FEBRASGO). Delegado da SBRH no Piauí.



A doença celíaca é uma intolerância de origem genética ao glúten. No passado, a doença celíaca tem sido considerada como uma doença rara da infância caracterizada por diarreia crônica e crescimento retardado. Além da enteropatia evidente, existem muitas outras formas que aparecem mais tarde na vida; órgãos alvo não são limitados para o intestino, mas incluem fígado, tireoide, a pele e trato reprodutivo. É hoje reconhecido que a doença celíaca (DC) é uma doença relativamente frequente; a prevalência global é de pelo menos 1: 300 na Europa Ocidental. A doença celíaca pode prejudicar a vida reprodutiva das mulheres afetadas, provocando puberdade tardia, infertilidade, amenorréia e menopausa precoce.

Para melhor definir o risco de DC em pacientes com distúrbios reprodutivos, bem como o risco em pacientes com DC no desenvolvimento de complicações obstétricas, esse trabalho realizou uma extensa pesquisa bibliográfica das bases de dados Medline e Embase. Odds ratio (OR) e risco relativo (RR) com intervalos de confiança de 95% (IC 95%) foram utilizados, a fim de combinar dados de estudos de caso-controle e de coorte, respectivamente. Todos os dados foram analisados

usando o software Review Manager. Além disso, resumos e discutidos as hipóteses atuais dos mecanismos patogênicos potencialmente responsáveis por complicações obstétricas ocorridas em DC. Os resultados desse estudo mostraram que pacientes com infertilidade inexplicada, abortos recorrentes ou restrição do crescimento intra-uterino (CIUR) tinham um risco significativamente maior de DC do que a população em geral. O estudo verificou também que em pacientes com doença celíaca, o risco de aborto espontâneo, CIUR, baixo peso ao nascer (BPN) e parto prematuro é significativamente maior e que o risco para o CIUR, BPN e partos prematuros foi significativamente maior nos pacientes não tratados do que nos pacientes tratados, diferentes mecanismos parecem estar envolvidos na determinação do dano no tecido placentário e endometrial em pacientes com DC.

Em conclusão, os médicos devem investigar mulheres com infertilidade inexplicada, abortos recorrentes ou CIUR para doença celíaca não diagnosticada e propor uma dieta isenta de glúten, reduzindo significativamente a ocorrência dessas complicações.

ENCARTE ESPECIAL

O BOLETIM SBRH traz para você um encarte especial, que apresenta os contraceptivos hormonais disponíveis no Brasil. Temos certeza que será de grande utilidade prática. Destaque as páginas e tenha sempre à mão no consultório!

Contraceptivos Hormonais disponíveis no Brasil

NOME COMERCIAL	COMPOSIÇÃO	APRESENTAÇÃO	FORMA DE USO
CONTRACEPTIVOS HORMONAIS COMBINADOS			
ORAIS			
Adoles	etinilestradiol 0,015 mg + 0,060 mg gestodeno	24 CA + 4 CI	diário, contínuo
Aixa	etinilestradiol 0,03 mg + 2,0 mg clormadinona	21 CA	diário, intervalo de 7 dias
Alexa	etinilestradiol 0,015 mg + 0,060 mg gestodeno	24 CA	diário, intervalo de 4 dias
Allestra 20	etinilestradiol 0,02 mg + 0,075 mg gestodeno	21 CA ou 3x21 CA	diário, intervalo de 7 dias
Allestra 30	etinilestradiol 0,03 mg + 0,075 mg gestodeno	21 CA ou 3x21 CA	diário, intervalo de 7 dias
Anacyclin	etinilestradiol 0,05 mg + 1,0 mg linestrenol	21 CA + 7 CI	diário, contínuo
Anfertil	etinilestradiol 0,05 mg + 0,5 mg norgestrel	21 CA	diário, intervalo de 7 dias
Artemidis 35	etinilestradiol 0,035 mg + 2 mg ciproterona	21 CA	diário, intervalo de 7 dias
Belara	etinilestradiol 0,03mg + clormadinona 2mg	21 CA	diário, intervalo de 7 dias
Biofim	mestranol 0,1 mg + 0,5 mg noretindrona	21 CA + 7 CI	diário, contínuo
Ciclo 21	etinilestradiol 0,03 mg + 0,15 mg levonorgestrel	21 CA ou 3x21 CA	diário, intervalo de 7 dias
Ciclofemme	etinilestradiol 0,03 mg + 0,15 mg levonorgestrel	21 CA	diário, intervalo de 7 dias
Ciclogyn	etinilestradiol 0,03 mg + 0,075 mg gestodeno	21 CA	diário, intervalo de 7 dias
Ciclon	etinilestradiol 0,03 mg + 0,15 mg levonorgestrel	3 x 21 CA	diário, intervalo de 7 dias
Ciclovulon	etinilestradiol 0,05mg + 0,25 mg noretisterona	21 CA	diário, intervalo de 7 dias
Ciprane	etinilestradiol 0,05mg + 0,25 mg noretisterona	21 CA	diário, intervalo de 7 dias
Concepnor	etinilestradiol 0,03 mg + 0,15 mg levonorgestrel	21 ou 63 CA	diário, intervalo de 7 dias
Dalyne	etinilestradiol 0,03 mg + 3 mg drospirenona	21 CA	diário, intervalo de 7 dias
Diane 35	etinilestradiol 0,035 mg + 2 mg ciproterona	21 CA	diário, intervalo de 7 dias
Diclin	etinilestradiol 0,035 mg + 2 mg ciproterona	21 CA	diário, intervalo de 7 dias
Diminut	etinilestradiol 0,02 mg + 0,075 mg gestodeno	21 CA ou 3x21 CA	diário, intervalo de 7 dias
Diva	etinilestradiol 0,03 mg + 3 mg drospirenona	21 CA ou 3x21 CA	diário, intervalo de 7 dias
Elamax	VE 2 mg (10 comp brancos); VE 2 mg + 1 mg CPT (11 comp rosados)	21 comp	diário, intervalo de 7 dias
Elani 28	etinilestradiol 0,03 mg + 3 mg drospirenona	28 CA	diário, contínuo
Elani Ciclo	etinilestradiol 0,03 mg + 3 mg drospirenona	21 CA	diário, intervalo de 7 dias
Elô	etinilestradiol 0,03 mg + 3 mg drospirenona	21 CA ou 3x21 CA	diário, intervalo de 7 dias
Evanor	etinilestradiol 0,05mg + 0,25 mg levonorgestrel	21 CA ou 3x21 CA	diário, intervalo de 7 dias
Femiane	etinilestradiol 0,02 mg + 0,075 mg gestodeno	21 CA	diário, intervalo de 7 dias
Femina	etinilestradiol 0,02 mg + 0,15 mg desogestrel	21 CA	diário, intervalo de 7 dias
Ferane 35	etinilestradiol 0,035 mg + 2 mg ciproterona	21 CA	diário, intervalo de 7 dias
Fertnon	etinilestradiol 0,03 mg + 0,075 mg gestodeno	21 CA	diário, intervalo de 7 dias
Gestinol 28	etinilestradiol 0,03 mg + 0,075 mg gestodeno	28 CA ou 3x28 CA	diário, contínuo
Gestradiol	etinilestradiol 0,03 mg + 0,15 mg desogestrel	21 CA	diário, intervalo de 7 dias
Gestrelan	etinilestradiol 0,03 mg + 0,15 mg levonorgestrel	21 CA ou 3x21 CA	diário, intervalo de 7 dias
Ginesse	etinilestradiol 0,02 mg + 0,075 mg gestodeno	21 CA	diário, intervalo de 7 dias
Gracial	EE 0,04 mg + 0,025 mg DSG (7 comp azuis); EE 0,03 mg + 0,125 mg DSG (15 comp brancos)	22 comp	diário, intervalo de 6 dias

Gynera	etinilestradiol 0,03 mg + 0,075 mg gestodeno	21 CA	diário, intervalo de 7 dias
Harmonet	etinilestradiol 0,02 mg + 0,075 mg gestodeno	21 CA	diário, intervalo de 7 dias
lumi	etinilestradiol 0,02 mg + 3 mg drospirenona	24 CA	diário, intervalo de 4 dias
Level	etinilestradiol 0,02 mg + 0,10 mg levonorgestrel	21 ou 63 CA	diário, intervalo de 7 dias
Levogen	etinilestradiol 0,03 mg + 0,15 mg desogestrel	21 CA	diário, intervalo de 7 dias
Levodiol	EE 0,03 mg + 0,05 mg LNG + 10 mg Vit B6 (6 comp rosa); EE 0,04 mg + 0,75 mg LNG + 10 mg Vit B6 (5 comp amarelos); EE 0,03 mg + 0,125 mg LNG + 10 mg Vit B6 (10 comp brancos)	28 comp	diário, contínuo
Lyllas	etinilestradiol 0,03 mg + 3 mg drospirenona	21 CA	diário, intervalo de 7 dias
Lizzy	etinilestradiol 0,015 mg + 0,060 mg gestodeno	24 CA	diário, intervalo de 4 dias
Lydian	etinilestradiol 0,035 mg + 2 mg ciproterona	21 ou 63 CA	diário, intervalo de 7 dias
Malú	etinilestradiol 0,02 mg + 0,15 mg desogestrel	21 CA	diário, intervalo de 7 dias
Mesgestran	mestranol 0,1 mg + 0,5 mg noretindrona	21 CA + 7 CI	diário, contínuo
Mercilon	etinilestradiol 0,02 mg + 0,15 mg desogestrel	21 CA	diário, intervalo de 7 dias
Mercilon Conti	EE 0,02 mg + 0,15 mg DSG (21 comp brancos); Placebo (2 comp verdes); EE 0,01 mg (5 comp amarelos)	28 comp	diário, contínuo
Microdiol	etinilestradiol 0,03 mg + 0,15 mg desogestrel	21 CA	diário, intervalo de 7 dias
Micropil	etinilestradiol 0,03 mg + 0,075 mg gestodeno	21 CA	diário, intervalo de 7 dias
Microvlar	etinilestradiol 0,03 mg + 0,15 mg levonorgestrel	21 CA	diário, intervalo de 7 dias
Minesse	etinilestradiol 0,015 mg + 0,060 mg gestodeno	24 CA	diário, intervalo de 4 dias
Minian	etinilestradiol 0,02 mg + 0,15 mg desogestrel	21 CA	diário, intervalo de 7 dias
Mínima	etinilestradiol 0,015 mg + 0,060 mg gestodeno	24 CA + 4 CI ou 3x28	diário, contínuo
Minulet	etinilestradiol 0,03 mg + 0,075 mg gestodeno	21 CA	diário, intervalo de 7 dias
Miranova	etinilestradiol 0,02 mg + 0,10 mg levonorgestrel	21 CA	diário, intervalo de 7 dias
Mirelle	etinilestradiol 0,015 mg + 0,060 mg gestodeno	24 CA	diário, intervalo de 4 dias
Molieri 30	etinilestradiol 0,03 mg + 3 mg drospirenona	21 CA ou 3x21 CA	diário, intervalo de 7 dias
Neovlar	etinilestradiol 0,05 mg + 0,25 mg levonorgestrel	21 CA	diário, intervalo de 7 dias
Nociclin	etinilestradiol 0,03 mg + 0,15 mg levonorgestrel	21 CA	diário, intervalo de 7 dias
Niki	etinilestradiol 0,02 mg + 3 mg drospirenona	24 ou 72 CA	diário, intervalo de 4 dias
Nociclin	etinilestradiol 0,03 mg + 0,15 mg levonorgestrel	21 CA	diário, intervalo de 7 dias
Nordette	etinilestradiol 0,03 mg + 0,15 mg levonorgestrel	21 ou 63 CA	diário, intervalo de 7 dias
Normamor	etinilestradiol 0,05mg + 0,25mg levonorgestrel	21 ou 63 CA	diário, intervalo de 7 dias
Novial	EE 0,035 mg + 0,05mg DSG (7 comp amarelos); EE 0,03 mg + 0,1mg DSG (7 comp vermelhos); EE 0,03 mg + 0,15mg DSG (7 comp brancos)	21 comp	diário, intervalo de 7 dias
Previane	etinilestradiol 0,02 mg + 0,075 mg gestodeno	21, 42, 63, 84 ou 105 CA	diário, intervalo de 7 dias
Primera 20	etinilestradiol 0,02 mg + 0,15 mg desogestrel	21 CA	diário, intervalo de 7 dias
Primera 30	etinilestradiol 0,03 mg + 0,15 mg desogestrel	21 CA	diário, intervalo de 7 dias
Primovlar	etinilestradiol 0,05 mg + 0,5 mg norgestrel	21 CA	diário, intervalo de 7 dias
Qlaira	VE 3mg (2 comp amarelo escuro); VE 2mg + DNG 2mg (5 comp vermelho); VE 2mg + DNG 3mg (17 comp amarelo); VE 1 mg (2 comp vermelho escuros); placebo (2 comp brancos)	28 comp	diário, contínuo
Repopil	etinilestradiol 0,035 mg + 2 mg ciproterona	21 ou 63 CA	diário, intervalo de 7 dias
Seasonique	etinilestradiol 0,03mg + 0,15 mg levonorgestrel 0,15mg0 (84 comp) + EE 0,01mg (7 comp)	84 CA + 7 comp EE	diário, contínuo
Selene	etinilestradiol 0,035 mg + 2 mg ciproterona	21 ou 63 CA	diário, intervalo de 7 dias
Siblima	etinilestradiol 0,015 mg + 0,060 mg gestodeno	24 ou 72 CA	diário, intervalo de 4 dias
Stezza	estradiol 1,5 mg + 2,5 mg nomegestrol	24 CA + 4 CI ou 3x28	diário, contínuo
Tâmisa 20	etinilestradiol 0,02 mg + 0,075 mg gestodeno	21 ou 63 CA	diário, intervalo de 7 dias
Tâmisa 30	etinilestradiol 0,03 mg + 0,075 mg gestodeno	21 ou 63 CA	diário, intervalo de 7 dias
Tantin	etinilestradiol 0,015 mg + 0,060 mg gestodeno	28 ou 84 CA	diário, contínuo
Tess	etinilestradiol 0,035 mg + 2 mg ciproterona	21 CA	diário, intervalo de 7 dias

Trinordiol	EE 0,03 mg + 0,05 mg LNG (6 comp marrons); EE 0,04 mg + 0,75 mg LNG (5 comp brancos); EE 0,03 mg + 0,125 mg LNG (10 comp ocre)	21 comp	diário, intervalo de 7 dias
Trinovum	EE 0,0 35 mg + 0,5 mg NOR (7 comp brancos); EE 0,035 mg + 0,75 mg NOR (7 comp rosa claro); EE 0,035 mg + 1,0 mg NOR (7 comp rosa escuro)	21 comp	diário, intervalo de 7 dias
Triquilar	EE 0,03 mg + 0,05 mg LNG (6 comp); EE 0,04 mg + 0,75 mg LNG (5 comp); EE 0,03 mg + 0,125 mg LNG (10 comp)	21 comp	diário, intervalo de 7 dias
Yang 30	etinilestradiol 0,03 mg + 3 mg drospirenona	21 CA ou 3x21 CA	diário, intervalo de 7 dias
Yasmin	etinilestradiol 0,03 mg + 3 mg drospirenona	21 CA	diário, intervalo de 7 dias
Yaz	etinilestradiol 0,02 mg + 3 mg drospirenona	24 CA	diário, intervalo de 4 dias
Zoely*	estradiol 1,25 mg + 2,5 mg nomegestrol	24 CA + 4 CI	diário, contínuo

*Aguardando liberação da Anvisa

INJETÁVEIS

Cyclofemina	Acetato de medroxiprogesterona 25mg + cipionato de estradiol 5mg	01 ampola	IM, mensal
Daiva	Algestona acetofenida 150mg + enantato de estradiol 10mg	01 ampola	IM, mensal
Depomes	Acetato de medroxiprogesterona 25mg + cipionato de estradiol 5mg	01 ampola	IM, mensal
Perlutan	Algestona acetofenida 150mg + enantato de estradiol 10mg	01 ampola	IM, mensal
Mesigyna	Enantato de noretisterona 50mg + 5 mg valerato de estradiol	01 ampola	IM, mensal
Preg-Less	Algestona acetofenida 150mg + enantato de estradiol 10mg	01 ampola	IM, mensal
Pregnolan	Algestona acetofenida 150mg + enantato de estradiol 10mg	01 ampola	IM, mensal
Uno ciclo	Algestona acetofenida 150mg + enantato de estradiol 10mg	01 ampola	IM, mensal
Noregyna	Enantato de noretisterona 50mg + 5 mg valerato de estradiol	01 ampola	IM, mensal

TRANSDÉRMICO

Evra	etinilestradiol 0,60mg + 6 mg norelgestromina	03 adesivos cutâneos	semanal, intervalo de 1 semana
------	---	----------------------	--------------------------------

VAGINAIS

Anel

NuvaRing	etinilestradiol 2,7 mg + 11,7 mg etonorgestrel	01 anel - 21 dias	vaginal, três semanas, intervalo de 1 semana
----------	--	-------------------	--

Comprimidos

Lovelle	Etinilestradiol 0,05mg + 0,25 mg levonorgestrel	21 CA	vaginal, diário, intervalos de 7 dias
---------	---	-------	---------------------------------------

CONTRACEPTIVOS HORMONAIS SÓ DE PROGESTÁGENO

ORAIS

Araceli	desogetrel 0,75 mg	28 CA	diário, contínuo
Cerazette	desogetrel 0,75 mg	28 CA	diário, contínuo
Exluton	linestrenol 0,5 mg	28 CA	diário, contínuo
Juliet	desogetrel 0,75 mg	28 CA	diário, contínuo
Kelly	desogetrel 0,75 mg	28 CA	diário, contínuo
Linatis	noretisterona 0,35mg	35 CA	diário, contínuo
Micronor	noretisterona 0,35mg	35 CA	diário, contínuo
Minipil	levonorgestrel 0,03 mg	35 CA	diário, contínuo
Nactali	desogetrel 0,75 mg	28 CA	diário, contínuo
Norestin	noretisterona 0,35mg	35 CA	diário, contínuo
Nortrel	levonorgestrel 0,03 mg	35 CA	diário, contínuo

INJETÁVIES

Contracept	Acetato de medroxiprogesterona 150 mg	01 ampola	IM, trimestral
Demedrox	Acetato de medroxiprogesterona 150 mg	01 ampola	IM, trimestral
Depo Provera	Acetato de medroxiprogesterona 150 mg	01 ampola	IM, trimestral

INTRAUTERINO			
Mirena	levonorgestrel 52mg	1 dispositivo	intrauterino, 5 anos
SUBCUTÂNEO			
Implanon	etonorgestral 68 mg	1 implante	subcutâneo, 3 anos
CONTRACEÇÃO HORMONAL DE EMERGÊNCIA			
Diad	levonorgestrel 0,75mg	2 comprimidos	VO, 12/12h
Dopo	levonorgestrel 0,75mg	2 comprimidos	VO, 12/12h
Neodia	levonorgestrel 1,5mg	1 comprimido	VO, dose única
Pilem	levonorgestrel 0,75mg	2 comprimidos	VO, 12/12h
Poslov	levonorgestrel 0,75mg	2 comprimidos	VO, 12/12h
Postinor-2	levonorgestrel 0,75mg	2 comprimidos	VO, 12/12h
Postinor Uno	levonorgestrel 1,5mg	1 comprimido	VO, dose única
Pozato uni	levonorgestrel 1,5mg	1 comprimido	VO, dose única
Previdez 2	levonorgestrel 0,75mg	2 comprimidos	VO, 12/12h

Legenda: EE = etinilestradiol VE = valerato de estradiol DSG = desogestrel LNG = levonorgestrel CA = comprimidos ativos VO = via oral
CPT = ciproterona DNG = dienogest NOR = noretisterona CI = comprimidos inativos IM = intramuscular

As pílulas combinadas podem ser classificadas

QUANTO AO TIPO DE PROGESTÁGENO

Anticoncepcionais combinados com levonorgestrel:
Ciclo 21
Ciclofemme
Ciclon
Concepnor
Evanor
Gestrelan
Level
Microvlar
Miranova
Neovlar
Nociclin
Nociclin
Nordette
Normamor
Seasonique
Levordiol
Trinordiol
Triquilar

Anticoncepcionais combinados com desogestrel:
Femina
Gestradiol
Levogen
Malú
Mercilon
Microdiol

Anticoncepcionais combinados com ciproterona:
Minian
Primera 20
Primera 30
Gracial
Mercilon Conti
Novial

Anticoncepcionais combinados com gestodeno:
Adoles
Alexa
Allestra 20
Diminut
Femiane
Ginesse
Harmonet
Lizzy
Minesse
Mínima
Mirelle
Previane
Siblima
Tâmisa 20
Tantin

Anticoncepcionais combinados com clormadinona:
Aixa
Belara

Anticoncepcionais combinados com drospirenona:
Dalyne
Diva
Elani 28
Elani Ciclo
Eló
lumi
Lyllas
Molieri 30
Niki
Yang 30
Yasmin
Yaz

Anticoncepcionais combinados com dienogest:
Qlaira

Anticoncepcionais combinados com ciproterona:
Artemidis 35
Diane 35
Diclin
Ferane 35
Lydian
Repopil
Selene
Tess

QUANTO AO TIPO DE ESTROGÊNIO

Anticoncepcionais combinados com estrogênio natural:
Qlaira
Stezza
Zoely*

Anticoncepcionais combinados com estrogênio sintético:
Todas as demais

QUANTO À DOSE DO ESTROGÊNIO

Anticoncepcionais combinados de "alta dose":
Anacyclin
Anfertil
Cidovulon
Ciprane
Evanor
Primovlar

Anticoncepcionais combinados de "baixa dose":
Todos os demais

QUANTO À FORMA DE ASSOCIAÇÃO ESTROGÊNIO - PROGESTÁGENO

Pílulas combinadas bifásicas, trifásicas e multifásicas:
Elamax
Gracial
Levordiol
Mercilon Conti
Novial
Qlaira
Trinordiol
Trinovum
Triquilar

Pílulas combinadas monofásicas:
Todas as demais

70° Congresso da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva - ASRM

Rafaella Petracco, editora do Boletim SBRH, esteve no congresso da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva e traz um pouco do evento para os leitores.

Doutora em Medicina e Ciências da Saúde
Mestre em Reprodução Humana pela Universidade de Valência.
Ginecologista do Fertilitat - Centro de Medicina Reprodutiva.
Delegada SBRH do Rio Grande do Sul



No último mês de outubro, aconteceu na paradisíaca Honolulu, o 70° Congresso da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva (ASRM). Como sempre, o evento contou com grande número de participantes e os mais renomados profissionais da área.

O congresso, nos últimos anos, tem sido moldado em cima de apresentações orais dos trabalhos mais relevantes realizados mundialmente.

Vou apresentar aqui, os resumos que mais me chamaram atenção.

Embriões "sem diagnóstico" após PGS (screening pré-implantacional) não devem ser descartados: rebiópsia e reanálise demonstra que a maioria é 7 euploide.

M. Brower, D. Hill, H. Danzer, M. Surrey, S. Ghadir W. Chang, C. Wambach, C. Alexander, J. Barritt.

Nos casos de PGS em que não é possível fazer diagnóstico embrionário, a causa pode ser falha na amplificação do DNA, DNA degradado ou falha no momento de realizar o *tubing* das

células. Os cromossomos destes embriões são desconhecidos e não há dados sobre a viabilidade genética. O objetivo deste estudo foi analisar a probabilidade de obter um diagnóstico cromossômico destes embriões que não tiveram diagnóstico após uma análise inicial por CGH, após uma biópsia e reanálise.

Foram analisados os dados de todas as pacientes submetidas a CGH entre 2010 e 2013. Foram incluídos no estudo todos os embriões que não tiveram diagnóstico após uma primeira análise, os quais foram rebiopsiados e reanalisados.

A primeira biópsia foi realizada no dia 3 ou 5/6, e a rebiópsia em ciclo fresco ou após descongelamento de blastocistos. Em 4.3% dos casos, pelo menos um embrião apresentou o resultado "sem diagnóstico" e 0.86% de todos os embriões biopsiados receberam o resultado "sem diagnóstico".

Foram rebiopsiados 44 embriões e 100% receberam um diagnóstico genético; 54.5% foram diagnosticados como euploides.

Os autores concluíram que a maioria dos embriões sem diagnóstico em uma primeira análise foram diagnosticados como normais após serem reanalisados, mostrando a importância de não descartá-los e realizar uma nova análise.

O efeito da obesidade da receptora de óvulos doados sobre os nascidos vivos: uma análise de 3922 ciclos de reprodução assistida com doação compartilhada.

S. M. Zarek, E. M. Mitchell, A. H. DeCherney, K. S. Richter, K. Devine, P. E. Browne, J. E. O'Brien.

Os autores postulam que os dados referentes ao efeito da obesidade sobre as crianças nascidas são confusos e utilizaram a doação de óvulos com receptoras apresentando diferentes índices de massa corporal (IMC), visando analisar o impacto nos nascidos vivos.

Foi realizado um trabalho de coorte retrospectivo. Os ciclos analisados ocorreram entre 2004 e 2012 e todas as doadoras apresentavam IMC dentro da faixa considerada normal. As receptoras foram divididas em quatro grupos: um grupo controle com IMC < 25 kg/m², outro grupo com IMC entre 25-30 kg/m², um terceiro grupo com IMC entre 30-35 kg/m², e um quarto grupo com IMC acima de 35 kg/m².

O aumento no IMC foi associado à diminuição no número de nascidos vivos, e a associação permaneceu quando os resultados foram ajustados para idade da receptora, número de embriões transferidos, estágio embrionário, qualidade embrionária e presença de fator masculino severo.

O número de nascidos vivos foi menor nas receptoras com IMC acima de 35mg/kg²: uma redução significativa da taxa de nascidos vivos de 21% foi demonstrada nas receptoras deste grupo. A comparação entre os grupos com IMC entre 25-30 mg/kg² e 30-35 mg/kg² não mostrou diferenças significativas.

Associação entre técnicas de reprodução assistida (TRA) e diagnóstico de infertilidade com autismo em crianças concebidas por TRA.

D. M. Kissin, Y. Zhang S. L. Boulet, C. Fountain, P. Bearman, L. Schieve, M. Yeargin-Allsopp, D. J. Jamieson

O objetivo do trabalho foi avaliar se as técnicas de reprodução assistida ou o diagnóstico de infertilidade estão associados a autismo em crianças concebidas através das TRA. Para isso foi realizado um estudo retrospectivo de coorte com base populacional.

Foram utilizados os dados do NASS (*National ART Surveillance*

System) entre 1996-2006, os registros de nascidos vivos da Califórnia no mesmo período e os dados do Departamento de Desenvolvimento para Autismo, que registra os dados de quase todos os portadores de autismo na Califórnia, entre 1997 e 2011, para que fosse possível um seguimento de pelo menos 5 anos de cada criança incluída no estudo.

Entre as crianças nascidas através de TRA na Califórnia entre 1997 e 2006, a incidência anual de autismo foi de 1% (0.9-1.3%). A incidência foi menor quando a causa da infertilidade foi tubária ou infertilidade sem causa e maior quando realizado ICSI.

Os resultados sugerem que infertilidade sem causa aparente e fator tubário estão associados a um menor risco de autismo e a realização de ICSI está associada a um risco mais alto de autismo nos primeiros 5 anos de vida.

Sinvastatina reduz o volume das lesões ativas de endometriose em modelos primatas.

A. Duleba, Fazleabbas, A. Nyachio, D. Chai, T. D'Hooghe, H. S. Taylor

Estudos prévios demonstraram que as estatinas diminuem a capacidade de formar aderências e inibem a proliferação de células estromais endometriais humanas *in vitro*. Também já foi visto que a administração de estatinas diminui o tamanho e o número de lesões endometrióticas em camundongas.

Foi realizado estudo *in vivo* com babuínos, que são considerados parecidos com humanos do ponto de vista filogenético, anatômico e fisiológico. Endometriose foi induzida em 16 babuínos que foram separados em grupo controle não tratado e grupo tratado com sinvastatina. Laparoscopia foi realizada 3 meses após a indução da endometriose e foi analisado tamanho, volume e tipo de lesão, além do número e extensão das aderências.

Foi evidenciado que a sinvastatina diminuiu o volume das lesões ativas nos primatas. Foi evidenciada variabilidade de animal para animal no número e tamanho das lesões, consistente com a diversidade genética que há entre os animais. Os achados suportam considerações para o uso de estatinas como tratamento para endometriose e a necessidade de ensaios clínicos controlados para aumentar as evidências destes dados.

A terapia antitrombótica para a perda da gravidez

Antithrombotic therapy for pregnancy loss

Paulien G. de Jong, Marie" tte Goddijn, and Saskia Middeldorp
Human Reproduction Update, Vol.19, No.6, pág. 656-673. Data da publicação: 02/04/2013.

A associação entre trombofilias e perda gestacional já foi identificada há algumas décadas, porém os mecanismos envolvidos nessa relação ainda não estão completamente esclarecidos. A teoria mais aceita é a de que as perdas seriam resultado de microtrombos na circulação placentária (*Lockshin*, 1999), mas essa explicação parece ser algo simplista, tendo em vista as múltiplas facetas do termo perda gestacional (abortamentos precoces e tardios - isolados ou recorrentes -, OFIU) e suas diferentes etiologias (síndrome do anticorpo antifosfolípide, trombofilias adquiridas).

Baseados nessa presumida fisiopatologia, ganharam força ao longo dos anos hipóteses de um efeito benéfico do uso de agentes trombolíticos, tendo como principal representante a heparina, que tem ação anticoagulante às custas da potencialização da antitrombina (*Hirsh et al.*, 2001). Apesar de o mecanismo de ação da droga ser conhecido, seu efeito para o aumento do número de nascidos vivos em pacientes com perda gestacional de repetição ainda precisa ser melhor estudado. Bem como a ação da aspirina, que apresenta essa associação ainda menos evidente.

O artigo em questão nos traz uma revisão interessante sobre o que há de evidência hoje para o uso de terapias trombolíticas em pacientes com perdas gestacionais. Devido à heterogeneidade dos estudos quanto às populações, diagnósticos e esquemas terapêuticos, pode-se dizer que ainda estamos longe de alguma unanimidade sobre o tema. Nos casos de perda gestacional (única ou recorrente) em pacientes com síndrome antifosfolípide, as evidências sugerem benefício com o uso de heparina (em suas diferentes

Especialista em Reprodução Humana e Endoscopia Ginecológica
Delegado da SBRH e da SBE no Tocantins



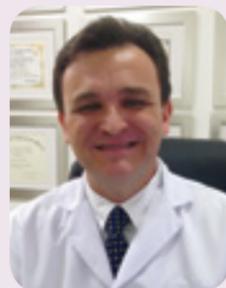
formas) em associação com a aspirina, quando comparado ao uso da aspirina de forma isolada.

O uso de terapia trombolítica nos casos de trombofilias adquiridas, apesar de também recomentado, deve ser restrito àqueles pacientes com duas perdas ou mais, não havendo evidência para o seu uso após uma perda isolada. Entretanto, tais evidências vêm de estudos retrospectivos com pequeno número de pacientes. Nesse momento esbarramos em um importante dilema ético, que passa pela inclusão de pacientes em grupos controle (placebo) para estudos randomizados.

Mas acredito que o ponto que mais tenha me chamado a atenção nesse artigo foi a revisão sobre as perdas gestacionais recorrentes sem diagnóstico. Na busca por alguma possibilidade terapêutica, temos vivenciado o uso cada vez maior de drogas trombolíticas para gestantes que não se enquadram nas trombofilias herdadas ou adquiridas. E baseado em dados recentes (*de Jong et al.*, 2013), vários *guidelines* tem sido unânimes em afirmar que o uso dessas drogas não leva a qualquer melhora no prognóstico gestacional das pacientes com perda recorrente sem diagnóstico (*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*, 2011; *Bates et al.*, 2012).

Enfim, quando se fala em perda gestacional recorrente, seus diagnósticos etiológicos e tratamentos, ainda precisamos desvendar alguns "pontos-cegos" para que possamos assistir melhor nossas pacientes. E o caminho para isso, sem dúvida alguma, são novos estudos prospectivos, randomizados e controlados, para que tenhamos níveis de evidência suficientes para usar (ou deixar de usar) essa ou aquela droga.

Transferência de um único blastócito desvitrificado tem taxas equivalentes de gestação e melhores resultados neonatais do que as transferências a fresco



Especialização em Reprodução Humana pelo Hospital Pérola Byington –SP
Mestrado em Tocoginecologia pela UNICAMP
Diretor da Life Reprodução Humana em Cuiabá – MT
Delegado SBRH – Mato Grosso

Single-embryo transfer of vitrified-warmed blastocysts yields equivalent live-birth rates and improved neonatal outcomes compared with fresh transfers

Tammie K. Roy, PhD., Cara K. Bradley, PhD., Mark C. Bowman, M.B.B.S., PhD and Steven J. McArthur, B.Sc.
Genea, Sydney, New South Wales, Australia

Os autores analisaram retrospectivamente os resultados de 1209 pacientes em 1157 ciclos a fresco e 645 descongelados, com transferência de apenas um blastocisto.

Os blastocistos foram classificados como grau I (melhores) e grau II.

As taxas de nascidos vivos foram similares para embriões com o mesmo grau de qualidade, sendo taxa a fresco e descongelados, blastocistos grau I, 52,8 % versus 55,3 % respectivamente, para blastocistos grau II taxa de 34,9 versus 30,4.

Todos os outros parâmetros foram similares estatisticamente, com exceção da média de peso ao nascimento, 130 g maior para os descongelados (3296 g versus 3441 g).

O estudo mostra taxas de gestação de descongelados similares as de ciclos a fresco.

Porém as transferências de descongelados na maioria foram de embriões de segunda escolha, que foram congelados por não terem sido escolhidos na transferência a fresco.

Este estudo nos deixa otimista, porque é baseado na prática clínica atual, e mostra que os resultados foram similares com embriões descongelados mesmo sendo de segunda escolha.

Poderíamos inferir que os resultados poderiam ser bem

melhores para o grupo dos descongelados, se tivessem sido a primeira escolha, isto é se aplicado o protocolo de congelar todos para transferência posterior.

Um futuro estudo randomizado, transferindo somente um blastocisto em que congelassem todos os embriões para transferência posterior, comparando com um grupo de transferência a fresco, poderia apresentar melhor resultado para o protocolo do que congelando todos.

Mesmo que este estudo seja feito e dê subsídios à mudança para um protocolo de congelar todos e transferir, depois ainda teremos algumas barreiras a vencer.

Uma delas seria como vencer a ansiedade dos casais de engravidar o mais breve possível, transferindo a fresco, para uma resolução rápida do seu problema de infertilidade.

Uma outra seria o aumento de custos para as clínicas por ter que realizar mais um ciclo de preparo endometrial e descongelamento para todas as pacientes.

Parece-me que, como várias condutas na reprodução assistida, não haverá unanimidade e caminharemos para que parte dos casos ainda seja transferido a fresco e parte seja totalmente congelada.

Novidades na Ciência

O QUE VEM
POR AÍ PARA
TRATAMENTO DOS
SINTOMAS
CLIMATÉRICOS

BAZEDOXIFENO

O bazedoxifeno foi aprovado pela *Food and Drug Administration* (FDA) como substituto do progestágeno em associação com estrogênio para tratamento dos sintomas vasomotores e prevenção da osteoporose.

O bazedoxifeno é um modulador seletivo de receptores estrogênicos (SERM) e reduz o risco de hiperplasia e de câncer de endométrio associados ao estrogênio, através do bloqueio de ação deste em nível endometrial. Tem ação positiva sobre o osso, e já foi aprovado para tratamento da osteoporose (isoladamente) pela *European Medicines Agency*. Além disso, o bazedoxifeno tem algumas propriedades de um grupo mais recente de medicamentos, conhecidos como degradadores seletivos de receptores estrogênicos, ou SERDs. Esta propriedade pode ter importância no câncer de mama, e a droga está sendo investigada como adjuvante do tratamento desta patologia.

A associação, a primeira a contemplar o uso de estrogênio com algum SERM, está em avaliação pela ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária – para uso no Brasil.

OSPEMIFENE

O ospemifene é um SERM, com ação antiestrogênica sobre a mama como os demais – tamoxifeno e raloxifeno, por exemplo – apresenta um diferencial importante: tem ação semelhante à do estrogênio sobre o epitélio vaginal. Promove o aumento da espessura da mucosa vaginal, reduzindo, desta forma, a dispareunia pós-menopáusia. Também diminui a secura vaginal, e o prurido e a irritação vulvar. De uso oral, é a primeira droga não estrogênica que reduz a atrofia vulvovaginal. Ainda não foi comparado ao estrogênio tópico.

Aprovado pelo FDA em 2013, foi aprovado recentemente pela *European Medicines Agency*, também para mulheres que não podem fazer uso de medicação estrogênica.

Eventos



Manaus (AM)

Jornada SBRH Amazonas

Local: Manaus/AM

Data: 09 de agosto de 2014

Delegado Lourivaldo Rodrigues de Souza

“Atualizar conhecimentos em reprodução humana, é como buscar ar puro para respirar. Ou seja a educação continuada é necessária para sobrevivência profissional.”



Salvador (BA)

Congresso SBRA Bahia

Local: Salvador/BA

Data: 20 a 23 de agosto de 2014

Mariangela Badalotti e Vera Gabriel, Presidente e Secretária da SBRH, no lounge da SBRH no Congresso da SBRA em Salvador, em agosto.



Natal (RN)

Jornada SBRH Rio Grande do Norte

Local: Natal/RN

Data: 29 de agosto de 2014

Delegada Sonia Maria de Medeiros Barreto

“Aprendizado e companheirismo em um congresso inesquecível.”

Dras. Sonia Barreto e Ana Cristina Pinheiro



Porto Alegre (RS)

Jornada SBRH Rio Grande do Sul

Local: Porto Alegre/RS

Data: 01 de setembro de 2014

Delegada Rafaella Petracco

Dras. Rafaella Petracco e Mariangela Badalotti



Cuiabá (MT)

1ª Jornada SBRH Matogrossense de Enfermagem em Reprodução Assistida

Local: Cuiabá/MT

Data: 13 de setembro de 2014

Delegado José Aldair Kotecki

“Disseminando o conhecimento em Reprodução Humana.”

Enf. Mona Lisa, Paulo Lucio, Dr. Arnaldo Cambiaghi, Enf. Katia, Paulo Almeida, Dr. Kotecki, Enf. Luana e Dr. Artur.

Agenda

2015

Março

24ª Jornada de Ginecologia e Obstetria 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/

Workshop Internacional de Genética Reprodutiva

Local: Auditório do laboratório Salomão Zoppi, Unidade Ibirapuera - São Paulo/SP

Data: 11, 12 e 13 de março

www.pgd.med.br

Abril

Curso de Actualización en Medicina Reproductiva

Sociedad Ecuatoriana de Medicina Reproductiva (SEMER) con auspicio de ALMER

Local: Equador

Data: 10 de abril 2015 – Guayaquil | 11 de abril 2015 – Quito

7º Simpósio de Reprodução Humana

Local: LBV - Auditório Austregésilo de Athayde - Brasília/DF

Data: 10 e 11 de abril de 2015

www.sbrh.org.br

Delegado David Barreira

14ª Jornada de Reprodução Humana

Local: Auditório do CREMEGO - Goiânia – GO

Data: 25 de abril de 2015

Taller General de la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (REDLARA)

Local: Hotel Hilton Miraflores – Lima/Peru

Data: 26 a 29 de abril de 2015

Maio

XXIII Jornada Piauiense de Ginecologia e Obstetria

Local: Blue Tree Towers Rio Poty – Teresina/PI

Data: 14, 15 e 16 de maio de 2015

1º Congresso Internacional Huntington de Reprodução Humana

Local: Hotel Tivoli - São Paulo/SP

Data: 15 e 16 de maio de 2015

Junho

II Congresso Brasileiro de Ginecologia Minimamente Invasiva

Local: Hotel Mercure Belo Horizonte Lourdes - Belo Horizonte/MG

Data: 4 e 5 de junho de 2015

www.cbfgob-sobenge.com.br

2015 AMA Annual Assembly Meeting

Local: Chicago, IL, USA

Data: 6 a 10 de junho de 2015

www.ama-assn.org

XXIX Jornada de Obstetria e Ginecologia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Local: Centro de Convenções Reboças - São Paulo/SP

Data: 11 a 13 de junho de 2015

ESHRE Anual Meeting

Local: Lisboa, Portugal

Data: 14 a 17 de junho de 2015

Encuentro por Campaña del Cuidado de la Fertilidad y presentación de la “REDTrascender”

Local: São Paulo, Brasil

Data: 27 de junho de 2015



TRANSFORMANDO SONHOS EM REALIDADE.



Nossa missão é investir, ampliar e promover tratamentos em 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.



Laboratórios Ferring Ltda.

Praça São Marcos, 624 • 05455-050

(11) 3024.7500 • São Paulo • SP • sacbr@ferring.com

 **FALE FERRING**
0800 772 4656

FERRING
PHARMACEUTICALS