Boletim SBRH

Ano 14
nº 1
jan/fev/mar 2015

Sociedade Brasileira de Reprodução Humana

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 2015-2016)

Presidente
Mario Cavagna Neto

1º Vice-Presidente
João Pedro Junqueira Caetano

2º Vice-Presidente
Artur Dzik

Secretário Executivo
Paulo Gallo de Sá

Secretária Adjunta
Maria Madalena Pessoa Caldas

Tesoureira
Nilka Fernandes Donadio

Tesoureiro Adjunto
Dirceu Henrique Mendes Pereira

Diretora Científica
Mariangela Badalotti

Presidente do Conselho de Delegados
Vinicius Medina Lopes

Boletim SBRH

Comissão Editorial
Gilberto da Costa Freitas (Presidente)
Fabio Roberto Cabar
Yaron Hameiry
Ludmila Machado Neves Bercaire
Camila Madaschi Reis

Segmento Farma editores

Rua Anseriz, 27, Campo Belo
04618-050 – São Paulo, SP
Fone: 11 3093-3300

www.segmentofarma.com.br

segmentofarma@segmentofarma.com.br

Coordenadora editorial: Angela Viel
Designer: Andrea T. H. Furushima
Revisoras: Renata Lopes Del Nero e Glair P. Coimbra
Produtor gráfico: Fabio Rangel
Cód. da publicação: 16479.05.15

Editorial

Caros colegas,

Nossa diretoria inicia agora sua gestão frente à SBRH, com o estimulante desafio de dar continuidade ao trabalho de nossos antecessores.

Teremos algumas novidades para os associados, até mesmo um site novo, moderno e mais funcional, que esperamos ser do agrado de todos.

Estamos já preparando o 27º Congresso Brasileiro de Reprodução Humana, que já tem data e local: será em São Paulo, no novo Centro de Convenções Rebouças, de 3 a 5 de novembro de 2016. Reservem a data!

Este primeiro boletim de nossa gestão é dedicado a um ex-presidente, pioneiro na Reprodução Humana no Brasil, amigo e mestre de todos nós, que nos deixou no fim do ano passado: Nilson Donadio. A reprodução humana deve muito ao Prof. Nilson, que recordamos com enorme carinho, respeito e saudade.

Nosso boletim também traz temas de atualização em medicina reprodutiva, sobrando ainda espaço para um pouco de descontração para os leitores, pois o colega Eliano Pellini enriquecerá nosso conhecimento sobre vinhos.

Reiteramos que o sucesso da SBRH, a sociedade médica mais antiga do Brasil, depende da participação efetiva de todos.

Esperamos que a leitura do Boletim seja agradável e proveitosa!

Abraços a todos,

Mario Cavagna Neto
Presidente da SBRH

Sumário

3 Ponto de vista
O sabor da vida
Uma homenagem a Nilson Donadio

10 Em foco
As novas medidas de incentivo ao parto normal (Portaria Anvisa 11/2015)

12 Educação médica continuada
Aspectos atuais do hipotireoidismo subclínico na gestação
Uso de progesterona na fase lútea na reprodução assistida

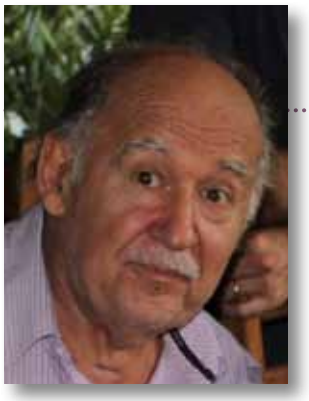
16 Artigos comentados
Infusão endometrial de hCG no momento da transferência embrionária de bastocisto não impacta na taxa de gravidez
Valor preditivo do hormônio antimülleriano para implantação e gravidez avaliado por metanálise

18 Cultural/Social
Por que se compra vinho?

21 Notícias da SBRH
Novo site da SBRH facilita a vida do associado

23 Agenda de Eventos

O sabor da vida



Nilson Donadio

Nilson Donadio não foi um homem comum, como também não foi um médico comum. Quando o mais importante para uma grande parcela da humanidade é "contabilizar" os próprios louros, Nilson contabilizava discípulos e o quanto poderia ensinar alguém a ser um médico melhor. Nunca soube quantos bebês fez, mas se lembrava de quantos sorrisos recebeu dos inúmeros casais que acompanhou.

Uma das grandes paixões de sua vida era pilotar, quase tirou o brevê, faltou fazer a prova

"Ele era extremamente brincalhão, extremamente criativo e muito sonhador, ele não se contentava com o comum, o objetivo era sempre fazer coisas diferentes", é como o define a filha e também médica Nilka Donadio.

Apesar da infância e da adolescência duras, Nilson era o bom humor personificado, quando não estava estudando ou ensinando estava "aprontando alguma".

Suas principais características eram ser extremamente sonhador, inovador, odiar a rotina e adorar ensinar, o resto era complemento!

Sua paixão por ensinar e poder perceber seus alunos aprendendo era o que mais importava. Todos que aprenderam com ele, que foram seus alunos, gostam de contar essa parte, muitos falam que devem o jeito de ser na medicina pelo que aprenderam com ele. Ensinar era uma filosofia ética, moral e de querer fazer direito, tratar o paciente da melhor maneira possível, ter o respeito pelo paciente.

Um pouco de história

Donadio foi um dos seis filhos de um casal de imigrantes vindos da Itália para tentar a vida no Brasil, sem qualquer bagagem significativa além da esperança de uma vida melhor. Ele e sua irmã gêmea dividiram um mesmo berço até os 12 anos de idade, em uma modesta casa no bairro do Brás, reduto italiano na capital paulistana.

Seu pai tinha uma espécie de oficina mecânica, loja que contava também com uma bomba de gasolina. Com 14 anos, Nilson precisou assumir os negócios da família, que nesta época já contava com alguns táxis que seu pai

Depoimentos

"O primeiro contato que tive com o mundo da reprodução assistida foi em uma aula do Prof. Nilson Donadio, em agosto de 1986. Ginecologista de grandes recursos, cirurgião habilidoso, laparoscopista, grande mestre, querido e admirado por seus alunos, o Prof. Donadio foi pioneiro no Brasil nas técnicas de reprodução assistida. Foi presidente da SBRH e grande entusiasta de nossa sociedade. Neste boletim, prestamos nossas homenagens e reafirmamos nosso eterno reconhecimento ao Prof. Donadio.

Mario Cavagna Neto

Gestão 2015-2016

"Prof. Nilson Donadio, pioneiro da reprodução assistida brasileira moderna e nosso presidente no biênio 1987-1988. O professor Donadio teve o dom de disseminar o conhecimento, dando inúmeros tutorias de microcirurgia tubária nos biotérios da Santa Casa de São Paulo e cursos práticos de fertilização in vitro *com os laborosos testes de função espermática em oócitos de hamsters. Você teve o brilho nos olhos e uma enorme paciência para ensinar a prática médica no diagnóstico e no tratamento do casal infértil. Nilson, você está e estará sempre entre os que mais batalharam pelo desenvolvimento técnico e humano da medicina reprodutiva dos anos 1990.*

Artur Dzik

Gestão 2011-2012

foi comprando um a um sempre que conseguia juntar algum recurso. Ele inventou um serviço, que chamou de "Galofone", que consistia em telefonar para o passageiro que tinha agendado uma corrida para o aeroporto logo cedo para acordá-lo e evitar que perdesse o voo.

Ele geralmente entregava todo o dinheiro do dia para a família, a não ser uma pequena parte que ele separava escondido para poder ir ao cinema, principalmente para assistir a desenhos.

Neste mesmo período, muitas vezes ele via uma linda moça loura passar na calçada em frente à escola e de tão encantado um dia muniu-se de coragem e foi conversar com ela, e qual não foi sua surpresa quando constatou que a moça não falava português, havia acabado de chegar da França. Pois Nilson se aventurou a aprender francês somente para poder conversar com aquela que viria a ser sua esposa alguns anos mais tarde e que teve um papel fundamental incentivando sua criatividade e paixão pela vida – Carmen.

Foi Carmen, sua esposa, quem percebeu que Donadio não podia levar uma vida monótona, porque conforme ela mesma sentenciou quando o conheceu melhor: "ele pula picadinho quando fica fazendo sempre a mesma coisa", ou seja, assim que um trabalho entrava na rotina ele começava a "procurar" coisas diferentes para se ocupar.

Logo vendeu o negócio da família e com o dinheiro pôde realizar um sonho antigo, estudar medicina, e lá foi ele para Sorocaba, frequentar a Pontifícia Universidade Católica (PUC).

Muitas brincadeiras

Na faculdade, aprontou todas! Sempre foi muito arteiro. Certa vez escondeu o carro do amigo no mato e como represália foi amarrado seminu em uma árvore, na frente da igreja da cidade, o clérigo da PUC precisou tirá-lo da cadeia. Em outra ocasião, tiraram a metade de seu bigode. Certa vez, voltando de São Paulo, depois do fim de semana, ainda na rodoviária, ele viu um mendigo dormindo em uma cama e o que chamou mais

Nilson e Nilka esquiando, em Chamonix, nos Alpes franceses

"Nilson Donadio foi um dos maiores expoentes na área de reprodução humana no nosso país. Tive o privilégio de acompanhá-lo em inúmeros congressos e tutoriais realizados nas últimas três décadas. Sua maior motivação era transmitir seus conhecimentos de endoscopia, microcirurgia tubária e fertilização in vitro *para os médicos mais jovens com o intuito de otimizar o atendimento aos casais inférteis. Além da qualidade profissional, Nilson tinha um convívio familiar admirável pautado pela afetividade e o companheirismo. Tais atributos lhe conferem a condição de ser humano que dignificou sua trajetória de vida. Descanse em paz, querido amigo!"*

Dirceu Henrique Mendes Pereira

Gestão 2007-2008

"Existem pessoas que passam pela vida e, entre todas as suas muitas virtudes, criam um diferencial. Nilson foi uma dessas pessoas e o prazer por transmitir seu vasto conhecimento foi sua marca. Foi um mestre por excelência! Sempre acreditou na informação prática. Afinal, teoria são palavras, "nada mais que palavras". Quem não vivenciou o entusiasmo com que o Prof. Donadio organizava seus famosos tutoriais. Foram tutoriais de laparoscopia, histeroscopia, preparo seminal e tantos outros. Ao mestre querido nosso eterno obrigado por tantos ensinamentos que enriqueceram nossa prática diária no exercício da reprodução humana. Seu amigo, admirador e discípulo agradecido,"

Joaquim Roberto Costa Lopes

Gestão 2001-2002

a sua atenção é que era muito parecida com a sua própria cama. Dito e feito, os colegas da república tinham doado a cama para o mendigo. Tudo em represália pelas brincadeiras que ele fazia.

Um colega de faculdade fez uma cirurgia de apêndice e, enquanto ele ainda dormia da anestesia, Donadio e outros colegas simularam curativos em seu tórax como se ele tivesse sido operado do coração. E quando o amigo acordou deu com os colegas todos muito sérios, explicando que ele tinha tido um infarto durante a operação.

Vida profissional

Terminada a faculdade, voltou para São Paulo e começou a dar plantões em um mini-hospital no Largo do Paissandu, região central da cidade. O local era uma espécie de pronto-socorro conhecido como "Doutor Sandu", e foi onde Donadio começou a se interessar pela ginecologia. Com o tempo ele conseguiu comprar esse estabelecimento.

Mas quando o "Dr. Sandu" estava indo bem e a rotina se estabeleceu, Nilson voltou a "pular picadinho" e para salvá-lo dessa situação Dona Carmen logo acudiu sugerindo que fossem para a França fazer um estágio, e ele escolheu a citopatologia, especialidade em franco desenvolvimento naquela época e quase uma novidade.

Terminado esse estágio voltaram ao Brasil e com o amigo Terreiro abriram o Lego [Laboratório Especializado em Ginecologia]. Estavam nos anos 1960, Nilson já marcava aí um primeiro *round* em sua carreira inovadora, quando instituiu no Brasil o primeiro serviço de prevenção ao câncer de colo de útero com a técnica de Papanicolau, exame hoje dos mais corriqueiros, mas que era uma novidade e tanto naquele tempo.

À esquerda, Dr. Hubert Manhes, especialista em laparoscopia, durante o período em que Nilson Donadio (à dir.) especializou-se na cidade de Vichy, França.

Passados alguns anos, o Lego ia bem e voltava a terrível fase de rotina para Nilson, e ele como sempre se agitara em busca de novos desafios e novamente sua fiel companheira lhe deu a oportunidade de enveredar por novos caminhos, pois, eles tentavam há oito anos, sem sucesso, gestar. "Foram oito abortos, em razão da hipoplasia uterina de minha mãe", comenta Nilka. Assim resolveram voltar à França, desta vez para estagiar com Netter e Cohen, grandes especialistas de infertilidade conjugal, com a "desculpa" de tratar as dificuldades de Carmen em conceber. Estavam nos anos 1970. O Lego foi comprado pelos Laboratórios Fleury nos anos 1980.

Com a supervisão dos mestres da concepção, logo Carmen engravidou, levou bem a gestação, até que teve um *insight*, eles tinham passado toda a gravidez na Europa e ninguém da família ou dos amigos a tinha visto grávida, e veio-lhe o temor de que pudessem pensar que a criança fosse adotada. E assim, quase

Resolveram voltar à França, desta vez para estagiar com Netter e Cohen, grandes especialistas de infertilidade conjugal

com a gravidez a termo, voltaram para o Brasil a contragosto de Nilson, que até pensava, na época, em se estabelecer por lá. E chegaram oito dias antes da Nilka nascer. Mentiram na companhia aérea dizendo que era uma gestação gemelar, por isso sua barriga estava tão grande. "Eu dormi numa gaveta, nos primeiros dias de vida, porque não tinha berço", conta a filha.

A amante

"Ele amava a Santa Casa e dedicou a vida toda a desenvolver o setor de reprodução e às aulas. Para minha mãe, a Santa Casa era a amante do pai", conta Nilka. Foi preceptor dos residentes e chefe do setor de infertilidade até que adoeceu.

Sempre em busca de novidades esteve estagiando na Inglaterra e na sequência foi para a Austrália (Melbourne), experiência que resultou na possibilidade de o Brasil ter também seu bebê de proveta. Depois de Louise Brown, ele montou na Santa Casa o primeiro centro de reprodução humana do Brasil, a primeira criança gerada era filha de um médico e não foi notícia por conta de um acordo de confidencialidade assinado com a Instituição, única exigência do hospital para ter o setor em funcionamento. Mas estar na mídia nunca foi importante para Donadio, que pouco se importou em ver anunciada a "primeira criança de proveta" do Dr. Nakamura.

A segunda criança gerada na Santa Casa foi um menino, cuja história "vazou" para a imprensa por uma imprudência do pai que no momento do registro do bebê comentou sem pensar nas consequências: "já registrou uma criança de fertilização *in vitro*?". Depois disso a Santa Casa impôs regras ainda mais rígidas para o médico.

Em paralelo às atividades da Santa Casa, Donadio participou do desenvolvimento do outro braço da reprodução, a endoscopia (videolaparoscopia) e a fertilização *in vitro*, bem como foi precursor da microcirurgia no País, realizando reanastomoses tubárias em pacientes laqueadas ou naquelas que tinham problemas nas trompas.

Manteve um biotério no seu laboratório para fazer os testes para a reprodução assistida. No início da técnica tinha que preparar o próprio meio de cultura, fazer testes com embriões de hamsters e depois a técnica foi evoluindo e alguns dos testes passaram a não ser necessários.

O professor

Na verdade, o que mais ele queria era ensinar e gostava de ensinar na prática; desenvolveu uma grande paixão pelos tutoriais. Inventava tutorial de tudo. Levava seus tutoriais pelo Brasil a fora, sempre com cursos *hands on*.

Enchia o carro com ratinhas hamsters ou wistar para fazer cirurgias nas trompas. "Às vezes alguma gaiola se abria e o carro ficava cheio de ratinhas correndo por todos os lados", relembra a filha.

Em outra vez, conseguiu, para um congresso, realizar ultrassom em 400 mulheres para que os congressistas pudessem praticar ao vivo, isso no tempo em que o exame ainda era novidade.

A seu redor sempre se juntavam quatro ou cinco jovens para perguntar, ouvir ou somente para prestar atenção.

Ele não admitia, por exemplo, que um residente preparasse uma anamnese incompleta, precisava ser nos

A neta Nicole e os inseparáveis avós, Nilson e Carmen

mínimos detalhes e dava umas broncas fenomenais. Ele dizia: "Eu não aceito a medicina dos 90%, somente aceito que você considere também os 10% da exceção", não aceitava que se dissesse que poderia ser um caso igual ao da maioria, ele sempre pensava na exceção, com isso ele fazia diagnósticos que deixavam os colegas surpresos: "Nossa, como você pensou nisso?". E satisfeito sentenciava: "Cheguei a isso porque eu sempre levo em consideração a exceção, vocês só pensam na regra".

Seu desejo sempre foi poder ver médicos atendendo às pacientes de forma adequada, queria que o médico se preparasse bem para atender da melhor forma. Talvez a própria dificuldade de gestar que Donadio e Carmen viveram fez com que ele tivesse um respeito diferenciado, até mesmo pela ansiedade e pelo sofrimento de não conseguir levar avante uma gestação. "Meu pai respeitava o paciente de uma forma extremosa, respeitava sua opinião, colocava o paciente numa redoma", conta Nilka. Aqueles que tiveram aulas com ele, sempre tinham isso como um diferencial.

Ele foi o orientador da filha, tanto de mestrado quanto de doutorado. "As pessoas podem pensar que foi fácil essa parte, mas ele me ligava às 3 horas da madrugada, para eu corrigir um erro, assim ou assado, daí eu reclamava e ele dizia, 'se deixar pra depois vou esquecer'."

"Eu não aceito a medicina dos 90%, somente aceito que você considere também os 10% da exceção", sempre repetia aos alunos e colegas

A vida em família era sempre motivo de comemoração; Nicole, Nilson, Nilka, Adolfo e Carmem (da esq. para a dir.)

Nilka conta ainda que como todo filho ela também teve seus episódios de "turrona", coisas de jovem que acha que sabe mais. Assim, eles brigavam e discutiam muito na profissão. "Depois percebi que estava perdendo tempo, eu via tanta gente sentar ao lado dele e aprender e eu desperdiçando tempo com meu ponto de vista", sentencia.

A vida em casa

Um de seus caprichos era "relaxar" na banheira, com as aspas porque relaxar é uma maneira de dizer, pois Carmen arrumou uma forma de colocar um suporte para que Nilson pudesse jantar acomodado na água, assistindo à televisão, que também foi especialmente instalada no banheiro privativo dele, em uma das mãos levava uma revista médica e na outra um dos jornais do dia. Se fosse desafiado ele contava com detalhes o que tinha acabado de ler no jornal, na revista médica e ainda o que estava acompanhando pela TV, quanto a explicar o que estava comendo ele dizia: "não lembro nem o que comi ontem".

Gostava de brincadeira de mão, aquelas brincadeiras chamadas brutas pelos mais velhos. "Ele puxava meu cabelo, me beliscava, mas o relacionamento era excepcional", lembra a filha.

A doença

Em 2010, uma viagem a Parati para comemorar o aniversário da filha lhe rendeu uma dengue. Foi internado sem contanto descobrir o que tinha. Depois foi internado no Hospital Santa Isabel com dengue tipo 4. Há anos Donadio sofria de mielodisplasia, que mantinha bem controlada, até que a dengue exacerbou a doença de base, que o levou para a UTI por conta de uma plaquetopenia muito grave, ambiente que favoreceu uma infecção hospitalar, uma KPC, que o deixou quatro meses em coma.

Quem o acompanhava nessa fase tinha certeza que ele não sobreviveria, mas como um bom taurino, aguentou. Sofreu mais de um choque séptico e "para mim era nítido meu pai indo embora e minha mãe puxando a 'cordinha' para ele voltar à vida, era impressionante", conta a filha emocionada, e completa: "Ele tinha uma parada, minha mãe aparecia e ele se recuperava". Chegou a ser dado como morto!

Até maio de 2010 ele ficou na UTI, em junho passou para um quarto normal e em julho voltou para casa, com traqueostomia e gastrostomia. Depois de muita luta, em dezembro conseguiu tirar a traqueostomia e voltar a comer. "Nossa como ele ficou feliz", lembra Nilka.

Viveu bem, sem grandes problemas, com algumas sequelas, mas a que mais lhe custava era a acuidade auditiva. Para ele foi muito penoso, porque ele adorava falar, e agora ele não conseguia perceber a resposta dos outros e isso o maltratava profundamente.

Perder a posição de professor o fez se afastar socialmente, levando uma vida tranquila, até que, em 2014, a mielodisplasia voltou a dar muito problema, precisou de várias transfusões, foram muitas internações e começou a ficar difícil demais.

"Picoletti"

Nicole, a neta, pode ter sido o motivo de ele ter lutado muito para continuar vivendo, ele a chamava "Picoletti".

"Um dia, ele ainda acamado, me pediu um copo cheio de água, quando a Nicole passou por ele, jogou a água nela. Ela saiu correndo e pegou um balde cheio de água e jogou nele, ele ria muito e continuava sempre provocando e inventando brincadeiras inusitadas. Ele a beliscava e ela respondia na mesma forma ou puxando a barba dele", conta a filha.

Finados

Nilson Donadio nos deixou no dia 2 de novembro de 2014, de uma vida saboreada, porque tudo ele fazia com apreço.

De casamento foram 51 anos.

Filha de sangue: uma, que lhe deu uma neta.

Porém, sua postura durante toda a carreira médica lhe rendeu inúmeros "filhos" nos médicos que formou; e incontáveis "netos" nos bebês que criou *in vitro*.

"É prazeroso perceber o respeito e o carinho de todos os que o conheceram", finaliza a Dra. Nilka.

A neta Nicole era motivo de alegria

As novas medidas de incentivo ao PARTO NORMAL

Jarbas Magalhães
CRM-SP: 25.993

Presidente da Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (Sogesp)

O Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) editaram normas (Portaria nº 11/2015 do Ministério da Saúde e Resolução Normativa nº 368 da ANS) visando a incentivar o parto normal na assistência pública e suplementar

A Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (Sogesp) reconhece a importância de ações de educação e conscientização para a população e para a comunidade de profissionais de saúde, que incentivem o parto normal e, por consequência, reduzam o elevado índice de cesáreas atualmente observado, especialmente no sistema de saúde suplementar.

No entanto, a Sogesp avalia que as medidas anunciadas são inadequadas e desviam a atenção das principais causas do índice abusivo de partos cirúrgicos no Brasil. Entre elas, destacam-se a redução progressiva do número de leitos obstétricos, a falta de ambiência adequada nos hospitais e maternidades e a falta de equipes de plantonistas presenciais apropriadas para dar assistência obstétrica nas instituições credenciadas para atender beneficiárias de planos de saúde.

Nos países desenvolvidos, a assistência ao parto é realizada pela equipe obstétrica de plantão nos hospitais e maternidades, resultando em maior percentual de partos normais. O mesmo se verifica no Sistema Único de Saúde (SUS), que oferece assistência obstétrica por meio de plantonistas e atinge melhores índices de partos normais.

Por isso, na opinião da Sogesp, o grande enfrentamento é exigir que as operadoras de planos de saúde ofereçam equipes de assistência obstétrica de plantão 24 horas nos hospitais e maternidades credenciados – as quais contemplem médicos obstetras, anestesistas, neonatologistas e enfermeiras com especialização em obstetrícia. E, em consonância com esse posicionamento, já solicitou formalmente ao Ministério Público Federal que obrigue a ANS a cumprir seu papel.

Lamentavelmente, porém, até o momento, as determinações oficiais para a assistência suplementar, em que os números são mais alarmantes, limitam-se a informar à gestante o percentual de partos normais e cesáreas do profissional e do hospital, exigir o preenchimento da carteira da gestante e o registro da evolução do trabalho de parto no partograma. Tais medidas são simplórias: não há ressalva aos profissionais que realizam assistência a gestações de alto risco, além de ignorar as cesáreas feitas a pedido da paciente.

Absurda também é a permissão para que as operadoras deixem de remunerar o profissional que realizou o parto caso não tenha sido construído o partograma, misturando, assim, normas de procedimento médico com pagamento de ato médico. Sabe-se que o caminho, diante de qualquer irregularidade cometida pelo obstetra, é a denúncia às instâncias éticas de sua unidade hospitalar e, quando for o caso, ao Conselho Regional de Medicina – e não atribuir à operadora o poder de julgamento para a não remuneração do profissional.

Diante desse contexto, é oportuno destacar a autonomia da paciente enaltecida por lei que consigna o legítimo direito de a paciente optar, com base única em sua vontade, pelo parto por cesárea sem que, para isso, tenha de entrar em trabalho de parto. Sobre essa questão já se manifestaram claramente, em nosso país, o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); e, internacionalmente, o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia (ACOG), apenas para citar uma associação de alta representatividade, entre outras.

Ademais, a par da inocuidade das medidas, o Ministro da Saúde e a ANS prestaram também um grande desserviço ao não indicarem as situações em que a cesárea é o melhor procedimento para salvaguardar a saúde da mãe e do feto – a exemplo, entre outras situações, da placenta prévia centro total, da cesárea iterativa e de incisões cirúrgicas prévias sobre o útero. Não considerar essas situações em que a cesárea é recomendada e, se não realizada, causa sérios danos à saúde da mãe e do feto é simplesmente demonizar a cesárea, aumentar a desinformação e causar insegurança às gestantes quando de sua internação para dar à luz.

Assim, enquanto o Ministro da Saúde anuncia, com base em dados bem antigos da Organização Mundial da Saúde (OMS), a redução de cesáreas ao percentual irreal de 15% – índice sequer alcançado pelos países desenvolvidos com assistência obstétrica bem estruturada –, as principais causas do número abusivo de cesáreas seguem camufladas e as ações anunciadas não servirão nem como paliativo.

Aspectos atuais do hipotireoidismo subclínico na gestação

Fernanda Cristina Ferreira Mikami
CRM-SP: 120.268

Médica assistente do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

O hipotireoidismo pode ser definido como um estado clínico resultante da quantidade insuficiente de hormônios tireoidianos circulantes para suprir uma função orgânica normal. Na maioria dos casos, resulta de disfunção primária da glândula tireoide (como a tireoidite de Hashimoto, tratamento prévio com radioiodoterapia, ablação cirúrgica da tireoide e doença de Hashi-Graves). Raramente decorre de patologia da hipófise ou do hipotálamo.

No hipotireoidismo clínico (HC), os níveis de TSH estão elevados e os níveis de T4 total (T4T) ou T4 livre (T4L) estão diminuídos e há, geralmente, presença de sintomas (fadiga, mialgia, ganho de peso, intolerância ao frio, ressecamento da pele, astenia, sonolência, constipação, queda de cabelo, câimbra, letargia, esquecimento). No hipotireoidismo subclínico (HSC), os níveis de TSH estão elevados e os níveis de T4 total (T4T) ou T4 livre (T4L) estão normais e os sintomas podem ou não estar presentes. A prevalência do hipotireoidismo na população geral é de 5% a 15%. Na gestação, é de 0,3% a 3%.

O TSH varia ao longo da gestação, sendo considerados normais valores de 0,1 a 2,5 mcg UI/mL no primeiro trimestre; 0,2 a 3,0 mcg UI/mL no segundo trimestre e 0,3 a 3,5 mcg UI/mL no terceiro trimestre. Na gestação, deve-se ter cautela na interpretação dos níveis séricos de T4L, pois cada laboratório estabelece um valor de referência próprio por trimestre. Assim, recomenda-se utilizar os níveis de T4T para diagnóstico, considerando que no primeiro trimestre se comportam de manei-

ra semelhante aos de não gestantes (5 a 12 mg/dL ou 50 a 150 nmol/L) e, nos segundo e terceiro trimestres, podem aumentar 1,5 vezes esses valores (7,5 a 18 mg/dL ou 75 a 225 nmol/L).

O rastreamento universal das disfunções tireoidianas na gestação ainda é controverso. Estudos recentes demonstraram benefício da identificação e do tratamento das alterações tireoidianas na prevenção de complicações obstétricas e neonatais decorrentes (abortamento espontâneo, pré-eclâmpsia, hipertensão arterial sistêmica [HAS], diabetes gestacional, prematuridade, anemia, restrição de crescimento fetal, baixo peso ao nascer, descolamento prematuro de placenta, hemorragia pós-parto, aumento da morbimortalidade perinatal, síndrome do desconforto respiratório do recém-nascido e comprometimento do desenvolvimento neuropsicomotor da criança). Tal rastreamento deve ser feito pela dosagem sérica do TSH, preferencialmente em torno da nona semana de gestação. Diante de TSH elevado, recomenda-se a dosagem de T4T e de anticorpos antitireoperoxidase (anti-TPO). Quando anti-TPO negativo, sugere-se a dosagem de anticorpos antitireoglobulina (anti-TG) e realização de ultrassom (US) de tireoide (a fim de identificar a causa da disfunção).

O hipotireoidismo clínico (TSH acima dos valores de referência por trimestre e T4T diminuído ou TSH > 10 mcg UI/mL independentemente do valor de T4T) sempre deve ser tratado na gestação. Nas pacientes com HC, que planejem engravidar, recomenda-se manter os níveis de TSH menores de 2,5 mcg UI/mL, assim como nas pacientes eutireóideas com anti-TPO positivo, a fim de aumentar as taxas de gravidez e reduzir o abortamento espontâneo. O tratamento é feito com levotiroxina. A dose inicial sugerida é de 100 a 150 mcg/dia ou 2 mcg/kg de peso atual/dia. Nas pacientes já em uso de levotiroxina que se descobrem grávidas, recomenda-se aumentar a dose da medicação em dois comprimidos a mais por semana.

A recomendação atual para o hipotireoidismo subclínico na gestação (TSH acima dos valores de referência por trimestre e T4T normal) e no período pré-concepcional é a de realizar tratamento com levotiroxina, independentemente da presença ou não de anticorpos. A dose inicial para tratamento varia de acordo com os níveis séricos de TSH: quando entre 2,5 e 5,0 mcg UI/mL, introduzir 50 mcg/dia; quando entre 5,1 e 8,0 mcg UI/mL, introduzir 75 mcg/dia; quando acima de 8,0 mcg UI/mL, introduzir 100 mcg/dia.

Tanto para o HC quanto para o HSC, deve-se dosar TSH de controle a cada quatro a seis semanas de gestação. A meta é manter os níveis de TSH dentro dos valores da normalidade por trimestre. O ajuste de dose de levotiroxina segue as seguintes recomendações: quando TSH entre 2,5 e 4,0 mcg UI/mL, aumentar em 25 mcg/dia; quando TSH entre 4,0 e 10,0 mcg UI/mL, aumentar em 50 mcg/dia; quando TSH entre 10,0 e 20,0 mcg UI/mL, aumentar em 75 mcg/dia; quando TSH acima de 20,0 mcg UI/mL, aumentar em 100 mcg/dia. Na ausência de complicações, a gestação pode chegar a 40 semanas, com o parto por via obstétrica.

Após o parto recomenda-se que, nas pacientes com HC, se retorne à dose de levotiroxina para a dose pré-concepcional. Nas pacientes com HSC, quando diagnosticadas na gestação com TSH menor que 5 e com anti-TPO negativo, a levotiroxina pode ser suspensa após o parto. Nas outras pacientes com HSC na gestação, pode-se reduzir a dose de levotiroxina para metade da dose final. Em todas as pacientes, recomenda-se nova dosagem de TSH seis semanas depois do parto.

Referências bibliográficas

De Groot L, Abalovich M, Alexander EK, Amino N, Barbour L, Cobin RH, et al. Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum: an Endocrine Society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2012;97(8):2543-65.

Lazarus J, Brown RS, Daumerie C, Hubalewska-Dydejczyk A, Negro R, Vaidya B. 2014 European thyroid association guidelines for the management of subclinical hypothyroidism in pregnancy and in children. Eur Thyroid J. 2014;3(2):76-94.

Negro R, Stagnaro-Green A. Diagnosis and management of subclinical hypothyroidism in pregnancy. BMJ. 2014;349:g4929.

Stagnaro-Green A, Abalovich M, Alexander E, Azizi F, Mestman J, Negro R, et al.; American Thyroid Association Taskforce on Thyroid Disease during pregnancy and postpartum. Guidelines of the American Thyroid Association for Diagnosis and Management of Thyroid Disease during Pregnancy and Postpartum. Thyroid. 2011;21(10):1081-125.

Uso de progesterona na fase lútea na reprodução assistida

Ludmila Machado Neves
CRM-SP: 145.773

Médica assistente do Serviço de Reprodução Humana do Hospital Pérola Byington

Yaron Hameiry
CRM-SP: 50.230

Médico assistente do Serviço de Reprodução Humana do Hospital Pérola Byington

A progesterona, também conhecida como P4 (pregn-4-eno-3,20-diona), é um hormônio esteroide C-21 secretado pelo corpo lúteo após a ovulação, durante a segunda metade do ciclo menstrual (fase lútea). Sua função principal é preparar o endométrio, tornando-o receptivo para a implantação de um embrião, além de manter a fase inicial de seu desenvolvimento. Caso não ocorra a gravidez, haverá luteólise, com consequente queda desse hormônio, o que ocasionará descamação completa do endométrio no período menstrual.

No ciclo menstrual normal, o pico da produção de progesterona ocorre quatro dias depois da ovulação e permanece nesse patamar por uma semana, vindo a declinar vários dias antes da menstruação seguinte. Em caso de gravidez, o restauro da produção de progesterona se dá em função do estímulo do corpo lúteo pelo hormônio hCG (gonadotrofina coriônica humana).

A partir da sétima semana de gestação, a produção de esteroides gonadais, antes ovariana, passa a ser placentária. Portanto, até a sétima semana, o corpo lúteo é responsável pela manutenção da gravidez.

No Brasil, dispõe-se no mercado da progesterona natural na forma de gel a 8% e cápsulas de progesterona natural micronizada de 100 e 200 mg.

O suporte de progesterona na fase lútea é uma prática rotineira após a aspiração folicular para fertilização *in vitro* (FIV)/injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI). Inúmeras pesquisas têm mostrado que esse suporte melhora de forma global o resultado do ciclo. Evidências sugerem que o início do uso da progesterona no dia da aspiração folicular, em comparação ao início nos primeiro, segundo ou terceiro dias após a aspiração não interfere estatisticamente na taxa de gestação. No entanto, não existe consenso sobre a duração necessária da suplementação da progesterona.

Cerca de 12% das clínicas pesquisadas no mundo referem suplementar a progesterona até o resultado de ß-hCG positivo. Em torno de 22% mantêm a progesterona até a visualização dos batimentos cardíacos fetais à ultrassonografia. Entretanto, a maioria das clínicas (67%) ainda continua a suplementação de progesterona até as 8ª a 12ª semanas de gestação.

Nos casos em que a progesterona foi suspensa precocemente, apesar de essas pacientes apresentarem aumento na incidência de sangramento vaginal não houve aumento na taxa de perdas fetais.

Atualmente, o protocolo utilizado para suporte de fase lútea no Serviço de Reprodução Humana do Hospital Pérola Byington consiste em progesterona micronizada, via vaginal, cuja dose varia entre 400 e 600 mg/dia, com início e término a depender do protocolo de estimulação ou do preparo escolhido.

Nos ciclos de FIV ou ICSI a fresco, a progesterona é introduzida no dia da aspiração folicular, à noite, na dose

Condições que podem levar à deficiência do corpo lúteo:

- Produção endógena de progesterona insuficiente para manter a função secretora do endométrio e assim dificultar a implantação embrionária e o crescimento inicial.
- Ciclos menstruais curtos.
- Sangramento pré-menstrual (*spotting*).
- Anorexia nervosa.
- Desordens alimentares.
- Exercício físico excessivo.
- Estresse.
- Obesidade.
- Síndrome dos ovários policísticos.
- Endometriose.
- Idade materna avançada.
- Deficiência da 21-hidroxilase.
- Disfunção tireoidiana.
- Hiperprolactinemia.

Razões para suporte da fase lútea nos ciclos de reprodução assistida:

- Desenvolvimento endometrial anormal em 50% dos casos, quando o estroma está em estágio mais adiantado do que as glândulas, levando à "dessincronização".
- Depleção de células da granulosa, devido à aspiração folicular.
- Supressão da liberação pituitária de hormônio luteinizante (LH), em pacientes submetidas à estimulação com protocolo longo de agonista do GnRH.
- Efeito luteolítico dos antagonistas do GnRH, provocando fase lútea curta.
- Desenvolvimento folicular múltiplo, que resulta em níveis suprafisiológicos de esteroides, com consequente inibição, por *feedback* negativo, da secreção do LH pela hipófise.

A progesterona pode ser administrada de várias maneiras:

- Via transvaginal: a via vaginal é conveniente e aceitável, com boa biodisponibilidade. Raramente produz reações alérgicas.
- Via intramuscular: a progesterona oleosa é muito eficaz, porém a aplicação é dolorosa e está associada, raramente, à formação de abcessos.
- Via oral: apresenta menor biodisponibilidade e taxa de depuração mais rápida. Atravessa o fígado e, portanto, o nível no plasma é cerca de 10% da dose inicial administrada. Os metabólitos provocam tonturas, sonolência e náuseas.
- Via transdérmica: ineficaz, em razão da pobre permeabilidade da pele, sendo necessária alta dose.
- Via nasal: exige muitas doses.
- Via retal: inconveniente, associada à via desagradável.
- Via sublingual: causa aumento da absorção.

de 600 mg/dia e mantida até a oitava semana de gestação ou, em caso de gemelaridade, até a 12ª semana.

Para os ciclos de indução de ovulação com inseminação intrauterina (IIU), não se utiliza suporte de fase lútea com progesterona, uma vez que o objetivo da IIU é a formação de apenas dois a quatro folículos dominantes, quando a estimulação é suave, sem bloqueio do eixo hipotálamo-hipofisário e a formação do corpo lúteo e produção de progesterona endógena são normais.

O preparo endometrial para transferência de embriões criopreservados é realizado de duas maneiras distintas, em função do ciclo menstrual da paciente. Nas pacientes normo-ovulatórias, a primeira escolha é o preparo com ciclo natural modificado, no qual uma dose de hCG é utilizada para desencadear a ovulação, na presença de folículo ≥ 18 mm de diâmetro. Depois de 48 horas, com confirmação ultrassonográfica da ovulação, inicia-se a dose de 400 mg/dia de progesterona, via vaginal, à noite, que será mantida até a oitava semana de gestação.

Para pacientes anovulatórias ou com ciclos irregulares, o preparo endometrial é feito com estradiol e o suporte de fase lútea é iniciado na presença de endométrio trilaminar adequado, na dose de 600 mg/dia, com transferência de embriões em D3 no quarto dia de progesterona, ou de blastocistos no sexto dia de progesterona. Nesses casos, a mesma dose de 600 mg é mantida até a 12ª semana de gestação.

Bibliografia recomendada

Connell MT, Szatkowski JM, Terry N, DeCherney AH, Propst AM, Hill MJ. Starting time of progesterone luteal phase support in IVF: a systematic review and meta- analysis. Fertil Steril. 2015;103(4):939-946.e3.

Griesinger G. Editorial comment: Is it time to abandon progesterone supplementation of early pregnancy after IVF? Hum Reprod. 2011;26(5):1017-9.

Kohls G, Ruiz F, Martínez M, Hauzman E, de la Fuente G, Pellicer A, Garcia-Velasco JA. Early progesterone cessation after in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection: a randomized, controlled trial. Fertil Steril. 2012;98(4):858-62.

Liu XR, Mu HQ, Shi Q, Xiao XQ, Qi HB. The optimal duration of progesterone supplementation in pregnant women after IVF/ICSI: a meta-analysis. Reprod Biol Endocrinol. 2012;10:107.

Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine in collaboration with the Society for Reproductive Endocrinology and Infertility. Progesterone supplementation during the luteal phase and in early pregnancy in the treatment of infertility: an educational bulletin. Fertil Steril. 2008;90:S150-3.

Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. The clinical relevance of luteal phase deficiency: a committee opinion. Fertil Steril. 2012;98:1112-7.

Vaisbuch E, de Ziegler D, Leong M, Weissman A, Shoham Z. Luteal-phase support in assisted reproduction treatment: real-life practices reported worldwide by an updated website-based survey. Reprod BioMed Online. 2014;28:330-5.

van der Linden M, Buckingham K, Farquhar C, Kremer JAM, Metwally M. Luteal phase support for assisted reproduction cycles (Review). Cochrane Database Syst Rev. 2011;(10):CD009154. doi: 10.1002/14651858.

Alessandro Schuffner
CRM-PR: 18.822

Mestre em Medicina Interna pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), Diretor da Conceber – Curitiba.

Infusão endometrial de hCG no momento da transferência embrionária de blastocisto não impacta na taxa de gravidez: ensaio aleatório, duplo-cego e placebo-controlado

Hong KH, Forman EJ, Werner MD, Upham KM, Gumeny CL, Winslow AD, Kim TJ, Scott Jr. RT. Endometrial infusion of human chorionic gonadotropin at the time of blastocyst embryo transfer does not impact clinical outcomes: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Fertil Steril. 2015;102(6):1591-5.

Enquanto as taxas de implantação e parto continuam a aumentar em pacientes submetidos à tecnologia de reprodução assistida (TRA), o processo permanece relativamente ineficiente. É comum transferir embriões euploides com parâmetros morfocinéticos ótimos para um útero com cavidade ecograficamente normal e ainda assim falhar na implantação.

O estudo foi definido com dois grupos: o grupo-tratamento (1) recebeu infusão de 500 IU de hCG diluído em meio de transferência, enquanto o grupo-controle (2) recebia a infusão apenas de meio de cultura, menos de três minutos antes da transferência embrionária.

Uma característica desse centro é que todos os embriões são cultivados até o dia 6 independentemente da idade da paciente, do tamanho e da qualidade da coorte dos embriões, somente então ocorre transferência de blastocisto.

Foram estudadas 325 pacientes; 148 hCG (grupo 1) e 152 sem (grupo 2). Não houve diferença estatisticamente significante nos principais resultados clínicos avaliados: taxa de implantação 48,1% (1) e 44,2% (2); taxa de gravidez em andamento 58,8% (1) e 52% (2); perda gestacional 11,5% (1) e 7,2% (2) (Tabela 1).

Tabela 1. Resumo dos resultados do estudo infusão endometrial de hCG.

	hCG	Sem hCG	P
Implantação	48,1%	44,2%	NS
Gravidez em andamento	58,8%	52,0%	NS
Abortamento	11,5%	7,2%	NS

Com a melhora da eficácia e da segurança da TRA, tem-se tentado continuamente identificar intervenções que otimizem o resultado da FIV com o objetivo de realizar transferência eletiva de embrião único (eSET) e efetiva em todos os grupos etários. O uso da cultura estendida parece aumentar a seleção embrionária e a taxa de implantação, especialmente quando se usa eSET. A biópsia de trofectoderma parece incrementar esse aumento, uma vez que permite eSET de embrião euploide.

Em última análise, este estudo não mostrou aumento da taxa de gravidez com a infusão de hCG em transferência de blastocisto.

Apesar de existirem evidências claras de que o hCG teria papel importante no intervalo de perinidação, os dados deste trabalho não sustentam seu uso no momento da transferência.

Valor preditivo do hormônio antimülleriano para implantação e gravidez avaliado por metanálise

Tal R, Tal O, Seifer BJ, Seifer BD. Antimullerian hormone as predictor of implantation and clinical pregnancy after assisted conception: a systematic review and meta-analysis. Fertil Steril. 2015;103(1):119-30.

Maria Cecília Erthal de Campos Martins
CRM-RJ: 52.40866-0

Delegada do Rio de Janeiro da SBRH, professora da pós-graduação em Reprodução Humana Assistida (RHA) da Universidade do Grande Rio (Unigranrio), diretora médica da clínica VIDA

Tal *et al*. efetuaram uma metanálise na qual avaliaram o valor preditivo do hormônio antimülleriano (HAM) para implantação e gravidez clínica em mulheres submetidas a técnicas de reprodução assistida (RA) incluindo FIV e ICSI em não doadoras. Foram selecionados 19 estudos que englobavam 5.373 mulheres. Todos os desenhos do estudo foram englobados no protocolo da metanálise, com exceção de relatos de casos. O HAM é produzido exclusivamente pelas células da granulosa, diminui com a idade, e é considerado altamente sensível como marcador de reserva ovariana. Age para reprimir o recrutamento cíclico de folículos primordiais.

Tem sido sugerido que o HAM possa ser o biomarcador mais preciso de reserva ovariana e possa oferecer várias vantagens sobre os biomarcadores tradicionais. Em comparação com outros marcadores hormonais de envelhecimento reprodutivo, o HAM começa a declinar gradualmente mais cedo e seus níveis não são influenciados pelo ciclo menstrual ou pela gravidez. É bem estabelecida a previsão da produção de oócitos[1]. Seria plausível esperar que também estivesse associado a resultados qualitativos da estimulação ovariana, tais como implantação e gravidez. No entanto, enquanto alguns estudos anteriores mostraram a associação do HAM com a implantação, a gravidez ou os nascidos vivos após RA, outros não encontraram nenhuma associação. Com base nesses dados díspares, os autores resolveram fazer essa metanálise. Um fator importante, que provavelmente contribui para a considerável variação entre os estudos da associação do HAM com RA, é a heterogeneidade entre os estudos por diferentes protocolos, ensaios do HAM usado, técnicas de ultrassom, entre outros. Além disso, a capacidade preditiva do HAM pode ser marcadamente diferente em subpopulações específicas de pacientes inférteis. Mulheres com a síndrome do ovário polissístico (SOP) tendem a ter níveis elevados de HAM. Para minimizar o efeito da heterogeneidade e para avaliar se essa previsão pode ser diferente em subpopulações de pacientes inférteis foram analisados separadamente os estudos nas três categorias citadas.

O *odds ratio* (OR) do HAM como preditor de implantação em mulheres sem reserva ovariana especificada foi de 1,83 (95% IC 1,49-2,25) e para gravidez foi de 2,10 (95% IC 1,82-2,41), foi maior o OR para gravidez naquelas com baixa reserva ovariana resultando em OR de 3,96 (95% IC 2,57-6,10) e não teve valor preditivo significativo em pacientes com SOP. As sensibilidades e especificidades não foram altas em nenhum grupo.

A conclusão a que os autores chegaram é que o HAM tem baixo valor preditivo para gravidez e implantação, mas tem alguma utilidade no aconselhamento de mulheres que realizarão RA, principalmente naquelas com baixa reserva ovariana. A importância desse estudo está no fato de não se coloquem grandes expectativas baseando-se tão somente nos resultados do HAM, ressaltando que outros marcadores de taxas de implantação e gravidez devem ser procurados, principalmente em pacientes portadoras de SOP.

Referência bibliográfica

1. Nelson SM, Anderson RA, Broekmans FJ, Raine-Fenning N, Fleming R, La Marca A. Anti-Müllerian hormone: clairvoyance or crystal clear? Hum Reprod. 2012;27(3):631-6.

Por que se compra VINHO?

Eliano Pellini
CRM-SP: 27.608

Professor afiliado da disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC). Chefe do Setor de Saúde e Medicina Sexual da FMABC

Acredito que todos já tenhamos nos feito alguma vez na vida esta pergunta. A resposta muito pessoal talvez não seja tão clara, mas gostaria de usar este espaço para discutir com vocês algumas das razões que nos levam a esse ato particular de consumo

A primeira e mais nobre sensação que nos leva a comprar vinho talvez seja o fato de essa bebida poder ser considerada alimento. Assim foi vista no passado pelos egípcios e romanos, as primeiras civilizações a obter desse produto natural a sua energia alimentar.

No caso de alguns filhos de italianos e portugueses, principalmente, o vinho entra com esse objetivo alimentar no primeiro contato com a bebida, que apesar de não ser autorizada às crianças para ser consumida, permite-se entretanto que o pão seja embebido no copo do modesto chianti ou do alentejano que a família bebia nos almoços de domingo. Algumas avós faziam também para as crianças verdadeiros tratamentos para resfriado e febre usando uma mistura de gemas de ovo batidas, açúcar e vinho Marsala siciliano ou Jerez espanhol, o chamado zabaione, que servia para recuperar as energias fazendo que as crianças saíssem imediatamente da cama curados, correndo com nova disposição para a cozinha em busca desse "medicamento" tão milagroso.

Outro objetivo de comprar vinho talvez seja a volta ao passado que ele promove. Diferentemente de algumas bebidas, principalmente os destilados que, com o seu alto índice de álcool, levam você rapidamente ao futuro e à ressaca, o vinho de uma forma mais rica resgata imagens do tempo passado.

É comum, em Portugal, o padrinho oferecer ao afilhado recém-nascido uma garrafa de vinho do Porto Vintage do ano em que a criança nasceu. Quarenta anos depois, durante a comemoração do aniversário, essa garrafa é aberta com grande festa promovida pelo anfitrião. E, durante alguns segundos depois da abertura da rolha, o ar, o clima e o aroma levarão todos de volta ao ambiente passado.

Parece incrível, mas dentro de uma garrafa de vinho permanecem impressões em forma de aromas e sensações gustativas que informam tudo o que ocorreu durante aquela safra: se a floração das videiras foi adequada, se a quantidade de sol foi suficiente para o amadurecimento das frutas ou se ocorreu chuva na colheita. Assim, conclui-se que não há nenhum sentido em usar abridores de garrafas que utilizam a injeção de ar comprimido ou bombeamento de ar ambiente dentro de uma garrafa de vinho antigo. Estaríamos eliminando aqueles instantes de prazer ao sentir na abertura da garrafa de forma clássica com saca-rolhas tradicionais o aroma do ano em que nascemos.

Muito provavelmente, as pessoas comprem vinho, em geral, porque já adquiriram, no decorrer de suas vidas, um grau de crescimento e maturidade que lhes permite diferenciar, entre tantos tipos de bebidas, aquelas que lhes trazem prazer e também melhor qualidade de vida, com menores riscos orgânicos e psicológicos. É incomparável o benefício que o vinho traz à saúde em comparação com bebidas destiladas.

O álcool presente nos vinhos de boa qualidade, além do álcool etílico comum, composto de dois carbonos, possui inúmeros outros álcoois sendo o glicerol, álcool poliglicólico com 16 carbonos, o mais importante protetor das paredes vasculares, assim como o antioxidante resveratrol presente nas cascas das uvas. O glicerol pode ser visto escorrendo no copo na forma de pequenas gotas, as "lágrimas do vinho". Na verdade, um filme de glicerol umedece a taça pela qual escorrem gotas de água, já que o vinho é uma solução hidroalcoólica, e a única substância líquida que em temperatura ambiente produz gotas é a água.

Aquele pequeno halo líquido claro que se vê ao inclinar a taça, chamado halo de prontidão, é que formará as "lágrimas" no copo, assim que os álcoois mais voláteis evaporarem, após a aeração do vinho na taça e a água restante se condensar em forma de gotas. O físico-químico italiano Alberto Marangoni foi quem primeiramente descreveu esse fenômeno.

O vinho permite também fazer amigos e, o que é mais importante, mantê-los. É por meio do hábito de beber vinho que se constituem sólidas amizades, que resultam na maioria das vezes em clubes de degustação e grupos de reuniões nas quais o assunto principal sempre é alguma nova informação que gira em torno do objeto de desejo de todo: *Il Vino*!

Diferentemente de algumas bebidas, o vinho de uma forma mais rica resgata imagens do tempo passado

Dificilmente se abre uma garrafa de vinho sozinho, sempre existe a necessidade da companhia. Diferentemente dos destilados, que geralmente são companheiros dos solitários que os ingerem para se esquecer de alguma coisa que lhes aconteceu, o vinho é sempre compartilhado por um grupo de amigos ou convidados, que estabelecem em torno daquela garrafa uma cerimônia cujo objetivo final será sempre ser lembrada por todos.

Outro objetivo de comprar um vinho é poder viajar. Com ele ou em busca dele. O maior interesse em vinhos começa quando se pode unir a sensação agradável de prová-los ao ato de poder desfrutar de viagens conhecendo as principais regiões produtoras, principalmente na França, na Itália, na Espanha, em Portugal, na Austrália e na América do Norte. Todos que têm parentesco com antepassados que vieram dessas regiões viníferas deveriam buscar nessas viagens, naquele lugar, naquele instante mágico com uma taça de vinho na mão responder à pergunta que todos já nos fizemos: QUEM SOU EU, AFINAL!

Mas se alguém perguntar por que você compra vinho e essa pergunta o deixar perdido entre os reais motivos, simplesmente fuja da resposta imposta pelo reino das cervejas: porque sim! Mas seja honesto e realista com todos que o apreciam: porque me dá prazer!

Novo site da SBRH facilita a vida do associado

A SBRH tem um novo site, totalmente remodelado e mais funcional.

Sua configuração permite acesso de qualidade, até mesmo para smartphones.

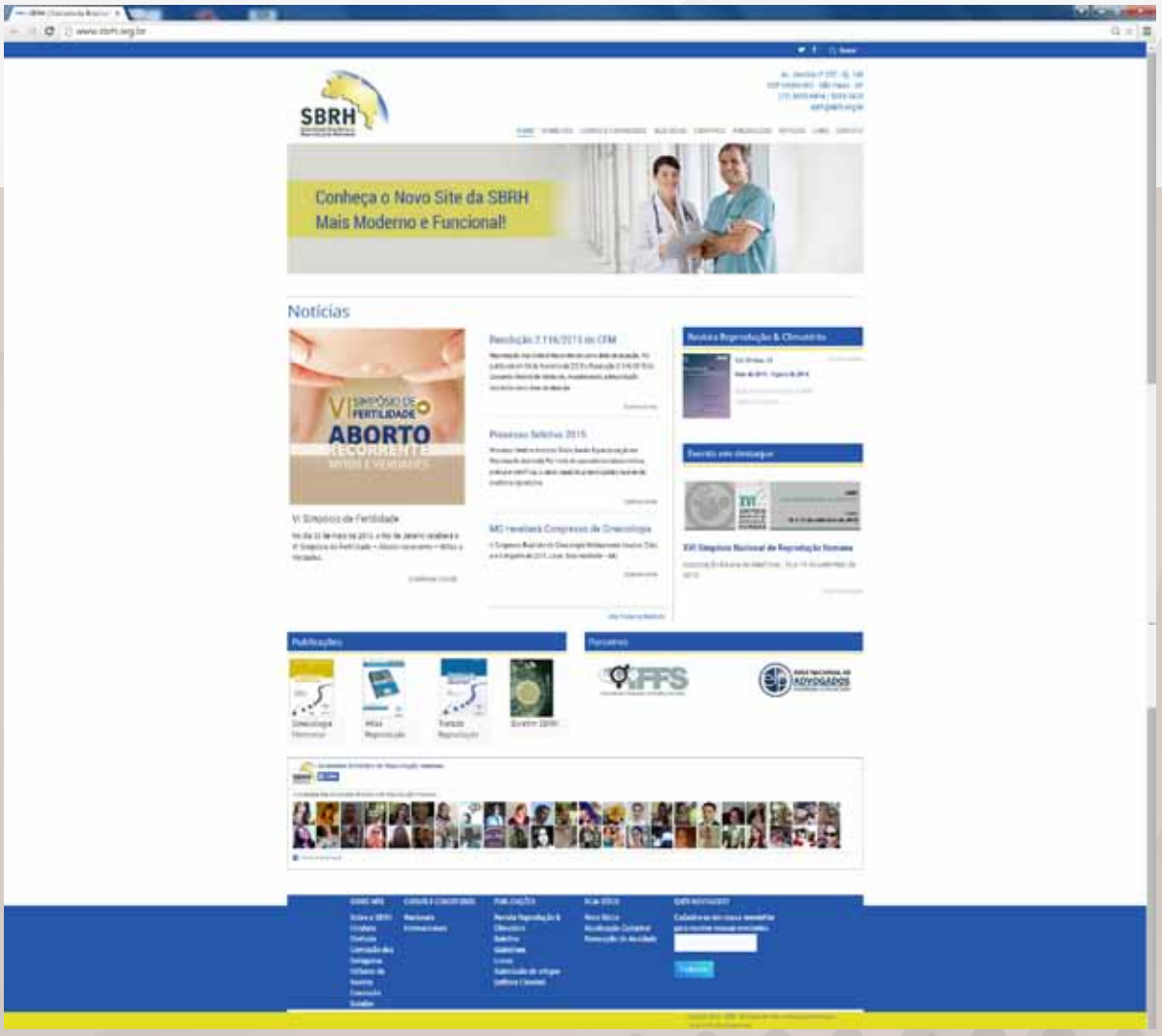
O site trará sempre as notícias mais importantes na área da Reprodução Humana, dando ênfase aos eventos nacionais e internacionais da especialidade.

Em breve, disponibilizará também um Programa de Educação Continuada, com pontuação para o CNA, de acesso restrito a associados.

Já está em fase de conclusão o curso "Infertilidade para o ginecologista", e a primeira aula será ministrada pelo nosso atual presidente, o Dr. Mario Cavagna, que falará sobre a investigação básica do casal infértil.

Os vídeos informativos para o público em geral, de acesso aberto, também farão parte do arsenal dos assuntos que mais preocupam a mulher moderna no que se refere à saúde reprodutiva.

A SBRH espera que o novo site seja do agrado de todos e está aberta a ouvir as sugestões e contribuições dos associados.



14ª Jornada de Reprodução Humana de Goiás

A 14ª Jornada de Reprodução Humana de Goiás aconteceu em 25 de abril e contou com 120 participantes, que se reuniram no auditório do Cremego, em Goiânia. Os temas abordaram o diagnóstico e o tratamento de endometriose e ovários policísticos, com os médicos Dirceu Henrique M. Pereira (SP), Nilka Fernandes Donadio (SP), Mylena Naves de Castro R. Camarço (GO), Zelma Bernardes Costa (GO), Waldemar Naves do Amaral (GO), Eduardo Camelo de Castro (GO), que se dividiram entres as palestras e a coordenação das mesas. O evento foi coordenado Maurício Machado da Silveira, presidente da Sociedade Goiana de Ginecologia e Obstetrícia.

XXIII Jornada Piauiense de Ginecologia e Obstetrícia

A XXIII Jornada Piauiense de Ginecologia e Obstetrícia aconteceu em conjunto com o 3º Simpósio de Reprodução Humana do Piauí. Foram discutidos temas sobre atualidades em Reprodução Humana e a abordagem para a Ginecologia Geral. Os participantes tiveram a honra de contar com duas palestras do presidente da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana, Mario Cavagna, que falou sobre o papel do Hormônio Antimülleriano na avaliação da Função Reprodutiva, além de falar sobre Preservação da Fertilidade. Outros membros da SBRH que se fizeram presentes foram Anatole Borges, delegado da SBRH/PI, e André Costa, entre outros.

7º Simpósio de Reprodução Humana de Brasília

O 7º Simpósio de Reprodução Humana de Brasília aconteceu nos dias 10 e 11 de abril, com temas relacionados tanto à área de reprodução humana quanto ao dia a dia do ginecologista, o que atraiu cerca de 250 participantes da especialidade. Uma inovação aconteceu na sexta-feira (10), durante o almoço os participantes pudessem tirar suas dúvidas com os professores. "A qualidade dos palestrantes foi destaque para o sucesso do nosso evento. Agradecemos aos apoiadores, que permitiram a realização comercial do evento e, em especial, à SBRH, que sempre deposita confiança em nosso grupo", Natália Ivet Zavattiero Tierno, presidente do Simpósio.

2015

Junho

XXIX Jornada de Obstetrícia e Ginecologia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
11 a 13
Centro de Convenções Rebouças, São Paulo (SP)
Informações: jornadasantacasa@rgcomunic.com.br/ (11) 3515-7880

Agosto

10º Simpósio Ítalo-Brasileiro de Endoscopia Ginecológica
13 a 15
Hotel Grand Mercure, São Paulo (SP)
Informações: www.italobrasil.com.br

The 13th World Conference of OESO "The Esophagiome"
31 de agosto a 3 de setembro
Mônaco
Informações: www.oeso.org

Setembro

XVI Simpósio Nacional de Reprodução Humana
18 e 19
Salvador, BA
Informações: (71) 2107-9682/ 3025-7001/ abmeventos@abmnet.org.br

Outubro

2nd S-ECCO International IBD Workshop
2 e 3
Hotel Bourbon, Foz do Iguaçu, PR
Informações: rivadario@ekipedeeventos.com.br

UEG Week Barcelona 2015
24 a 28
Fira de Barcelona, Barcelona, Espanha
Informações: www.ueg.eu/week/

Novembro

XIV Semana Brasileira do Aparelho Digestivo – SBAD
21 a 25
ExpoUnimed, Curitiba, PR
Informações: www.sbad.org.br

SBRH
Sociedade Brasileira de Reprodução Humana