



Veja a  
obra de arte  
que fizemos  
juntos.



Você. Nós. Somos os pais da fertilidade

# Fertilidade.

**MerckSerono**

SAC Merck Serono: 0800.113320

Anúncio veiculado em Janeiro de 2011.

Merck Serono é uma divisão da Merck.

**MERCK**

## EDITORIAL



ANTES TARDE DO QUE NUNCA.

PARABÉNS, ROBERT EDWARDS (PRÊMIO NOBEL DE MEDICINA)

Estamos iniciando nosso mandato 2010-2012 com a 1ª edição do novo boletim, com mais conteúdo e um layout original, mais moderno, da nossa vibrante SBRH. Contamos com novo comitê editorial, para proporcionar qualidade e informação aos nossos associados.

Antes tarde do que nunca, esta primeira edição de 2011 homenageia Robert Edwards, “pai do primeiro bebê de proveta”, comentado por seu ilustre amigo brasileiro, Prof. Elsimar Coutinho. O Dr. Dirceu Henrique Mendes Pereira, em entrevista, faz uma avaliação crítica do que mudou e do que é mais importante na nova resolução do CFM de dez/2010 para as técnicas de reprodução assistida por quem viveu o passado, projetando o presente e o futuro. Prestamos homenagem ao Prof. Aníbal Faúndes pelos serviços prestados à saúde da mulher, mundialmente. Retomamos o projeto de educação médica continuada de modo mais informal com três temas importantes da reprodução humana: riscos obstétricos em RA, abordagem prática da varicocele e anticoncepção de urgência. Além disso, o jornal conta agora com um espaço de destaque para nossos delegados. Nesta edição teremos a participação dos delegados do Acre, Distrito Federal, Espírito Santo e São Paulo. Aproveitem o novo formato do boletim e boa leitura.

Artur Dzik



SOCIEDADE BRASILEIRA DE REPRODUÇÃO HUMANA  
SBRH

### Sociedade Brasileira de Reprodução Humana - SBRH

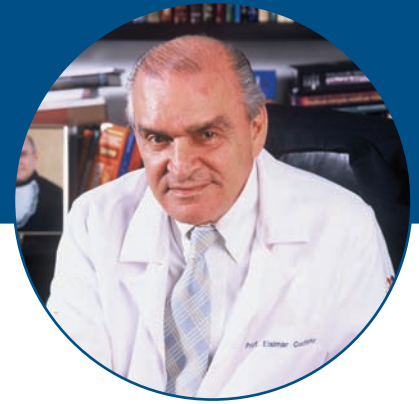
Fundada em 1947 pelo Prof. Dr. Arthur Campos da Paz  
Av. Jandira, 257 - 14º andar, Cj. 146 - 04080-001 - São Paulo - SP  
Tel./Fax (11) 5055.6494 / 5055.2438 - www.sbrh.org.br

Diretoria (Biênio 2011-2012) • Presidente: Artur Dzik  
1º Vice-Presidente: Dirceu Henrique Mendes Pereira • 2º Vice-Presidente: Cláudio Barros Leal Ribeiro  
Secretário Executivo: João Pedro Junqueira Caetano • Secretário Adjunto: Vinicius Medina Lopes  
Tesoureiro: Gilberto da Costa Freitas • Tesoureiro Adjunto: Adriana Cristine Arent  
Diretor Científico: Waldemar Naves do Amaral • Presidente do Conselho de Delegados: Luiz Augusto Antonio Batista

Boletim SBRH ( Biênio 2011-2012)  
Comissão Editorial: Nilka Fernandes Donadio (Presidente), Carlos Roberto Izzo,  
Renato Fraietta, Fábio Roberto Cabar e Jefferson Drezett.

Jornalista Responsável - Tatiane Ribeiro MTB 56.030  
Coordenação: e-made.com.br • Impressão: Gráfica • Tiragem: 3000 exemplares

# Prêmio Nobel contempla a Reprodução Humana



Entrevista com Elsimar Coutinho

Médico ginecologista e obstetra, Elsimar Coutinho é um expoente em endocrinologia da reprodução humana. É diretor do CEPARH (Centro de Pesquisa e Assistência em Reprodução Humana), presidente da Sociedade Brasileira de Ginecologia Endócrina e professor pela Universidade Federal da Bahia. Nessa entrevista, ele fala sobre o ganhador do Prêmio Nobel de Medicina de 2010, Robert G. Edwards.

**SBRH - Qual a sua relação com o fisiologista Robert G. Edwards?**

**Elsimar** - Eu o conheço desde a época em que ele ainda não havia conseguido sucesso com o primeiro bebê de proveta. Éramos amigos e conversávamos muito. Juntos, passamos vários bons momentos quando ele veio para a Bahia, visitar o local em que eu trabalhava com fertilização. Era um pesquisador de laboratório persistente, que insistiu nos seus estudos quando muitos não davam atenção ao seu trabalho, por isso eu o chamava de sonhador. Ele reclamava muito da falta de incentivo, apesar de atuar na região de Cambridge, na Inglaterra, onde as pesquisas com DNA eram avançadas. Merece o Nobel por ser pioneiro e desenvolver técnicas que foram aperfeiçoadas e hoje são usadas no mundo inteiro. Seus estudos tiveram grande repercussão e ele se tornou bem sucedido em seus planos.

**SBRH - Qual sua opinião sobre o trabalho que ele desenvolveu?**

**Elsimar** - Eu trabalhava na direção oposta. Estava tentando diminuir a fertilidade por causa do planejamento familiar, uma preocupação muito comum na época devido à explosão populacional. A China já controlava o número de nascimentos. O mundo inteiro estava mais preocupado com o controle da natalidade do que com o bebê de proveta. Então, apesar de todo avanço científico ser importante para melhorar o modo de vida, outras pesquisas, como o desenvolvimento dos anticoncepcionais, que foram essenciais para a manutenção do bem-estar da população, poderiam ter maior destaque. Foram elas que proporcionaram a escolha de ter ou não filho. Por exemplo, no Brasil, onde o aborto é proibido, esse é um grande benefício.

**SBRH - O que levou o comitê do prêmio a escolher Edwards?**

**Elsimar** - Em cem anos de existência, o Nobel sofreu uma mudança de postura. O que tem acontecido com o comitê, na Suécia, é que eles preferem premiar quem fez descobertas relevantes para a medicina, mas não são médicos. Quase todos os premiados dos últimos anos foram indivíduos que descobriram enzimas, métodos para detectar defeitos do DNA, ou seja, geneticistas, bioquímicos e biofísicos. É uma posição muito conservadora de não querer premiar ninguém cuja descoberta possa ser usada para o mal.

**SBRH - Qual o papel do Brasil nas pesquisas de fertilização *in vitro*?**

**Elsimar** - Mínimo. Ninguém é financiado para fazer pesquisas em fertilização *in vitro* no Brasil. Os brasileiros que trabalham nessa área usam técnicas desenvolvidas em outros países. Nada de novo, que eu tenha conhecimento, foi feito aqui. É uma técnica cara, não acessível para famílias de baixa renda. Além de não termos incentivos governamentais para desenvolver pesquisas próprias, há outro agravante: temos muita pobreza no Brasil para priorizar essa questão. Há várias outras complicações para um casal sem emprego ter filhos. Os governantes devem estimular ciência para desenvolver benefícios mais próximos da realidade brasileira, porque a saúde da população depende do progresso da medicina. Enquanto isso não acontece, deixamos de avançar e de ser um componente importante da comunidade internacional.



**SBRH - Quais mudanças poderão acontecer na sociedade através das descobertas do fisiologista?**

**Elsimar** - Além de ajudar os casais com dificuldades de engravidar, Edwards dizia na época que, no futuro, muitos maridos poderiam poupar as esposas da gestação e optar por ter filhos no laboratório. Eu também sou a favor do poder de escolha. A natureza já indica que não há problemas nisso com o processo de fecundação dos ovos de algumas aves. Outros benefícios são evitar doenças geneticamente transmissíveis e possibilitar que homens solteiros que possam desenvolver alguma doença que os impeça de ter filho no futuro congelem seu esperma. O mesmo vale para as mulheres, que podem tirar os óvulos, caso corram o risco de perder o ovário. Ajuda também aquelas que não podem gestar devido aos riscos de saúde. Não há restrições científicas contra as incubadeiras. É importante ter várias possibilidades para conceber um filho.

# Nova resolução do CFM

O ginecologista Dirceu Henrique Mendes Pereira é especialista em reprodução humana, professor doutor em Ginecologia e Obstetrícia pela Faculdade de Medicina da USP, diretor-médico da PROFERT-SP e vice-presidente da SBRH. Nesta entrevista, ele fala sobre a Resolução 1.957/10, do Conselho Federal de Medicina, que delibera sobre técnicas de reprodução assistida.



Entrevista com Dirceu Henrique Mendes Pereira

**SBRH** - Qual a principal mudança nas regras de reprodução assistida implantadas pelo CFM?

**Dirceu** - As alterações foram, principalmente, uma atualização da resolução de 1992 em relação ao avanço dos índices de gravidez, como reflexo do desenvolvimento científico, e o desenvolvimento das questões sociais. Dentre as novidades dessa regulamentação deve-se destacar a inserção do tema *'post-mortem'*, que trata do uso dos gametas após a morte de uma das partes. Na resolução anterior, essa questão não era sequer contemplada, e agora basta que as partes explicitem sua vontade em documento com valor legal para que isso seja cumprido; de qualquer forma, se esse documento não for apresentado, o que vale é o que diz o direito civil. Foi regulamentada também a reprodução assistida para casais homoafetivos tendo em vista a demanda maior de solicitações da sociedade. Outra alteração importante foi a fixação do número de embriões a serem transferidos; em 1992, o sucesso nas técnicas de reprodução assistida oscilava de 25 a 28%. Hoje, nós estamos chegando a quase 50%, dependendo do grupo etário. A regulamentação atual ateu-se ao fato de que as mulheres mais jovens têm maior taxa de implantação embrionária e, portanto, devem receber menos embriões em relação às mulheres no limite da vida reprodutiva. Não foram considerados outros parâmetros, como a qualidade embrionária, o número de tentativas anteriores e a óvulo-doação.

**SBRH** - O que significam essas mudanças para o avanço da reprodução assistida?

**Dirceu** - A questão do limite de embriões implantados é importante para salvaguardar a saúde da mulher. Agora, há estratificação por faixa etária: para mulheres de até 35 anos, o limite é de dois embriões; para mulheres de 36 a 39, três embriões, e para mulheres acima de 40 anos, o máximo permitido são quatro embriões. O grande problema é que a reprodução com doação de gametas, muito comum em mulheres acima de 40 anos, utiliza óvulos jovens, saudáveis, de excelente qualidade, o que aumenta consideravelmente as chances de gravidez múltipla. A redução embrionária continua proibida, portanto, se essa mulher de 40 anos estiver com gestação tripla ou quádrupla, ela vai ter que arcar com todas as implicações decorrentes desse processo. Seria importante que a óvulo-doação fosse tratada de forma diferenciada para salvaguardar a saúde da mulher e a evolução dos conceitos. Prevalece a consciência e o discernimento do médico para escolher o número de embriões a serem transferidos na óvulo-doação.

**SBRH** - Houve alguma mudança em relação ao destino dos embriões criopreservados?

**Dirceu** - Na revisão da regulamentação continua sendo proibido o descarte dos embriões, devendo o casal escolher o seu destino, após três anos da criopreservação, explicitado em documento informado. O sucesso atual da vitrificação dos óvulos está abrindo uma nova perspectiva, pois as implicações éticas e legais de se manter o gameta feminino congelado ao invés dos embriões são minimizadas. Imagine um casal que rompe os laços matrimoniais e parte para a disputa dos embriões; muito provavelmente, desencadeará um processo litigioso com desgaste emocional para ambos. Outra vantagem se estende ao atendimento de mulheres sem parceiro que vão se submeter a radio ou quimioterapia decorrente de neoplasia. Poderá ocorrer a fertilização dos óvulos posteriormente. Até 1992, não tínhamos ainda tecnologia adequada para criopreservação de óvulos, pois os resultados não eram satisfatórios. Com o programa de congelamento de óvulos atual, utilizando a técnica de vitrificação, o resultado é similar a um óvulo fresco.

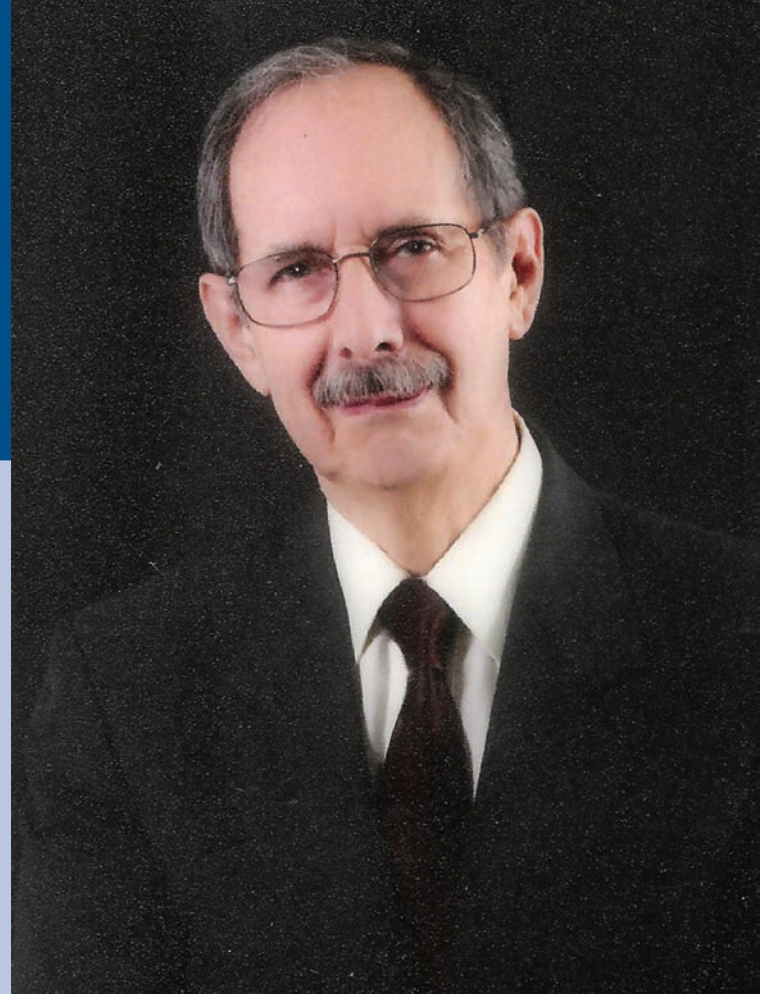
**SBRH** - Por que ainda não há uma legislação específica sobre reprodução assistida?

**Dirceu** - É lamentável não termos ainda uma legislação específica sobre o assunto. Já fomos atropelados duas vezes, uma quando fizeram uma lei sobre órgãos geneticamente modificados, a outra na regulamentação que contempla as células-tronco, na lei de biossegurança. Por que não fazem uma lei para a origem de tudo isso, que é a reprodução assistida? Continua nas gavetas do Congresso há quase 20 anos; já foram feitas várias propostas que não chegaram a consenso e foram sendo relegadas. Tudo pode e nada pode, o médico só está limitado pela ética, não pela lei. Claro que a ética é muito mais dinâmica que a lei, a lei é feita para acompanhar a prevalência do princípio ético. A sociedade tem que regulamentar esse descompasso, porque a ciência está sempre um passo à frente. Quando o cientista faz uma descoberta revolucionária, ele não está pensando na ética nem na lei, ele está criando, a sociedade é que depois deve regulamentar os usos e aplicações disso.

Profissional em Destaque

# Aníbal Faúndes

Aníbal Faúndes, chileno, é médico ginecologista e obstetra, professor aposentado da UNICAMP, um dos profissionais mais importantes do mundo em questões relativas a abortamento. Integra a OMS no Comitê de Direitos Sexuais e Reprodutivos. Em 2010, recebeu, na Inglaterra, um título da “Royal College of Obstetricians and Gynaecologists” dado a personalidades que tenham causado impacto sobre a saúde reprodutiva da mulher no mundo.



**SBRH** - Em seu livro ‘O drama do aborto, em busca de um consenso’, escrito em parceria com José Barcelato, o senhor afirma que a controvérsia sobre o aborto é um falso dilema, porque a grande maioria das pessoas é de fato contra o aborto. Qual é então o caminho do consenso?

**Faúndes** - Não é possível qualificar a questão dessa forma, ser contra ou a favor do aborto. Eu sou contra a criminalização do aborto, por três razões. Primeiro, porque é ineficaz, já que não altera em nada a questão da natalidade e também não provoca reflexão sobre uma gravidez indesejada. Segundo, porque é injusto: quando a pessoa tem dinheiro, nunca é condenada por ter feito o aborto e, além disso, a responsabilidade recai somente sobre a mulher. Finalmente, porque a única eficácia da criminalização do aborto é aumentar a gravidade e as consequências do aborto. É preciso abordar a questão da forma correta: ser contra o aborto significa promover toda a prevenção possível para evitar situações que levem ao aborto, trabalhar para que a mulher nunca seja obrigada a manter relações sexuais à revelia e sem ter acesso a algum meio para não engravidar. O verdadeiro dilema é sobre colocar a mulher na cadeia.

**SBRH** - O senhor foi responsável, junto com o Prof. Pinotti, pelo Centro de Referência da Saúde da Mulher, em Campinas, uma experiência pioneira em saúde pública no Brasil. Como era sua relação com o Prof. Pinotti?

**Faúndes** - Eu conheci o Prof. Pinotti em 1966 ou 1967, quando dirigia um programa sobre planejamento familiar para a América Latina. Eu organizava um curso de cinco semanas para somente dez médicos latino-americanos, e Pinotti foi meu aluno nesse curso; era bem puxado, das 8 da manhã às 5 da tarde, mas ele gostou da disciplina, e passamos a nos



falar com frequência. Quando saí do Chile, logo após o golpe (que depôs o presidente Salvador Allende, em 1973), apareci em uma lista negra e a primeira ligação que recebi foi do Pinotti, me convidando para ir a Campinas dar aulas. Ele é de uma generosidade formidável. Eu tinha convites para ir à Europa ou aos Estados Unidos, mas a UNICAMP é uma instituição de muito prestígio e Campinas me pareceu um excelente lugar para viver e educar meus filhos. Minha esposa,

essa situação; em todos os campos do relacionamento, desde os afazeres de casa às decisões sobre o nosso dinheiro, em todo momento ela deixava muito claro que não aceitaria qualquer desigualdade. Eu não nasci com essa sensibilidade de gênero, e foi a Ellen que despertou isso em mim. A violência contra a mulher é uma questão que a gente não vê, porque está tão introjetada em nossa sociedade que passa despercebida.



cientista como eu, também poderia trabalhar lá. Fui o primeiro coordenador do Programa de Saúde da Mulher no Chile, e aplicamos, o Pinotti e eu, essa experiência no Brasil, primeiro em São Paulo. O principal ponto deste programa é a afirmação de que a mulher é um ser uno, não é possível separar a parte emocional da parte física ou da realidade social em que ela vive, e é assim que sua saúde deve ser avaliada.

**SBRH** - Em uma entrevista dada à organização Ipas, o senhor diz que passou a refletir sobre a questão da violência sexual contra a mulher a partir de um depoimento de sua esposa, também cientista e pesquisadora, Ellen Hardy. O senhor pode falar um pouco de sua parceria com ela?

**Faúndes** - O grande problema é que a relação entre o homem e a mulher é, historicamente, uma relação desigual. Claro, é muito pior nos países de fundamentalismo religioso ou que apoiam esse tipo de discriminação, mas essa desigualdade existe em todo lugar do mundo, e é uma cultura da qual é muito difícil se desfazer. Eu fui educado para ser o patrão da minha casa na hora de casar, e casei-me com uma mulher nove anos mais nova que eu, médica também, mas era muito claro para mim que seria eu a mandar na casa. Com muita paciência, ela me mostrou que simplesmente não aceitaria

**SBRH** - O senhor é, sem dúvida, uma referência para os profissionais da sua área. Graças ao seu trabalho, muitas mulheres em situação de risco podem ter hoje uma melhor qualidade de vida, com mais dignidade. Qual o senhor avalia que é o seu principal legado?

**Faúndes** - Não há como destacar um ponto específico na minha trajetória, porque uma coisa foi levando a outra. Eu compreendi, logo no início e ao longo de toda a minha carreira, que a mulher estava sempre carente de algum tipo de atendimento, e esse foi meu principal foco. O planejamento familiar, por exemplo, começou como uma tentativa de solução para o problema do aborto. A mulher tinha uma gravidez não desejada, vivia em um ambiente hostil, para ela era uma situação extremamente penosa, difícil, e eu sempre pensei que era possível fazer alguma coisa, achar uma solução para isso. Com o tempo, percebi que sempre haveria a necessidade de algum tipo de atendimento dirigido à mulher, porque são muitas questões a serem tratadas, e entendi que o melhor seria criar um ambiente de acolhimento, para que ela pudesse se recuperar da violência sofrida, tanto física quanto psicológica, e é isso que orienta meu trabalho até hoje.

Delegados da SBRH indicam e comentam artigos científicos atuais, voltados ao especialista em reprodução humana. Confira em cada edição a contribuição das regionais participantes.



Julio Eduardo Gomes  
Acre

### **What next for preimplantation genetic screening? A polar body approach!**

Hum Reprod. 2010; 25(3): 575-577.

Joep Geraedts, John Collins, Luca Gianaroli, Veerle Goossens, Alan Handyside, Joyce Harper, Markus Montag, Sjoerd Repping and Andreas Schmutzler

A leitura deste artigo ficou registrada como uma prazerosa experiência do ano de 2010.

O registro da investigação científica maior sempre cumpre a função de estimular todos que no cotidiano buscam melhores resultados para seus procedimentos.

A característica multicêntrica da proposta aliada à qualidade dos colaboradores oferece a segurança de conclusões consistentes e livres da disputa egocêntrica do podium científico; que sempre pode contribuir, mas em muitas vezes desvirtua o processo evolutivo do conhecimento.

A partir da constatação de que a avaliação pré-implantacional das anormalidades numéricas dos cromossomas não interfere positivamente nas taxas de nascidos vivos, a força tarefa envolvida dirige o foco para biopsiar os corpúsculos polares para, em estudo controlado e randomizado, definir o valor clínico da técnica e, assim, tentar mais um salto de qualidade na Reprodução Humana. Especialmente para a nossa realidade acreana, distante dos maiores centros de debate científico mas ousada em suas buscas de progresso, o acesso ao debate de ponta é sempre muito estimulante para, sabedores das nossas limitações, aproveitarmos a experiência da academia e de conclaves com altíssima qualidade. Aqui somos poucos tocoginecologistas e, obviamente, menos ainda os que se interessam especialmente pela Reprodução Humana, mas sempre agradecemos o papel das sociedades médicas de especialidades na atualização científica e, conseqüentemente, na oferta de melhor serviço aos que nos procuram.



Frederico José Silva Corrêa  
Distrito Federal

### **Use of oral contraceptives in women with endometriosis before assisted reproduction treatment improves outcomes.**

Fertil Steril. 2010; 94: 2796-2799.

Dominique de Ziegler, Vanessa Gayet, François Xavier Aubriot, Patricia Fauque, Isabelle Streuli, Jean Philippe Wolf, Jacques de Mouzon, Charles Chapron

A infertilidade provocada pela endometriose (EDT) é multifatorial e envolve cavidade pélvica, ovários e útero. Os efeitos pélvicos da EDT são transpostos pelas técnicas de reprodução assistida, entretanto, alterações ovarianas e endometriais podem comprometer a qualidade oocitária e a implantação embrionária. Estas alterações podem ser corrigidas temporariamente com o uso de agonistas de GnRH (GnRH-a) ou contraceptivos orais. Estudos anteriores demonstraram melhora nos resultados de reprodução assistida com uso de GnRH-a por 3 a 6 meses antes do tratamento. Os autores realizaram estudo bicêntrico comparando o uso de contraceptivos orais (CO) com 0,03mg de etinilestradiol e 0,125mg de levonorgestrel, previamente à fertilização in vitro (FIV), em pacientes com EDT comparados a grupo controle, entre janeiro de 2008 e outubro de 2009. As pacientes foram divididas em dois grupos: no grupo 1, usaram CO antes da FIV por 1-3 semanas (população controle) ou continuamente por 6-8 semanas (população com endometriose). As pacientes do grupo 2 (população controle e população com endometriose) não usaram CO antes da FIV. Pacientes de ambos os centros, dos grupos 1 e 2, foram semelhantes e receberam tratamentos similares.

Os autores encontraram taxas de gravidez clínica na população com EDT do grupo 1 semelhantes aos controles nos grupos 1 e 2. As pacientes com EDT do grupo 1 apresentaram taxas de gravidez clínica (grau I-II = 48,1%; grau III-IV = 37,9%; endometrioma = 41,4%) significativamente superior às pacientes com EDT do grupo 2 (grau I-II = 23,6%; grau III-IV = 21,2%; endometrioma = 12,9%). Foi encontrado também um uso de menor quantidade de gonadotrofinas em pacientes com endometriomas do grupo 1 comparado ao grupo 2. O número de embriões obtidos nas pacientes com EDT no grupo 2 ( $2,8 \pm 2,5$ ) foi significativamente menor que no grupo 1 ( $5,2 \pm 3,6$ ;  $P=0,01$ ). Os autores concluem neste estudo piloto que o uso de CO antes da FIV melhora os resultados reprodutivos em pacientes com EDT, provavelmente com menos



efeitos colaterais e menor risco de bloqueio ovariano profundo quando comparados aos GnRH-a. Caso estes dados sejam confirmados por outros estudos, as pacientes com EDT serão beneficiadas com o uso de CO prévio à FIV. Os benefícios do uso de CO antes da FIV em mulheres com endometriose podem resultar de efeitos endometriais com melhora da receptividade ou efeitos na qualidade oocitária.



Jules White Soares Sousa  
Espírito Santo

### Anti-Mullerian Hormone (AMH): What do We Still Need to Know?

Hum Reprod. 2009; 24(9): 2264-2275.

A. La Marca, F.J. Broekmans, A. Volpe, B.C. Fauser and N.S. Macklon

Artigo bastante interessante e atual devido à sua abordagem abrangente em relação ao Hormônio Anti-Mulleriano (HAM). O texto faz uma explanação clara da fisiologia do hormônio e explica a variação de seus níveis séricos frente a situações patológicas. Segundo os autores, por ser produzido pelas células da granulosa dos folículos primordiais e por inibir a conversão destes em folículos primários, o hormônio tem a promissora função de prolongar a idade reprodutiva (caso seja produzido de forma sintética). Por este motivo, apresenta seus níveis reduzidos de três a dez anos antes da menopausa ou de uma falência ovariana prematura, precedendo até mesmo a irregularidade menstrual, tendo importância na orientação de constituição de prole nestas pacientes. Na Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP), o HAM apresenta-se como excelente marcador, uma vez que apresenta seus níveis 75 vezes mais elevados do que em controles, sendo maior na presença de resistência insulínica. Por ser um marcador precoce da reserva ovariana, o HAM tem se mostrado importante na detecção de danos ovarianos causados por agentes externos, como quimioterápicos e cirurgias, e por doenças, como a endometriose. Por fim, na reprodução assistida, os autores demonstram evidências de que o HAM pode ser útil em prever a resposta ovariana à estimulação com FSH, se baixa ou alta, sugerindo que os ajustes nas doses sejam feitos com base em seus níveis, independente da idade. Isto permite ainda prever o risco de desenvolvimento da Síndrome de Hiperestímulo Ovariano (SHO), que pode estar aumentado quando os níveis de HAM apresentam-se elevados no dia do HCG.



Nilka Fernandes Donadio  
São Paulo

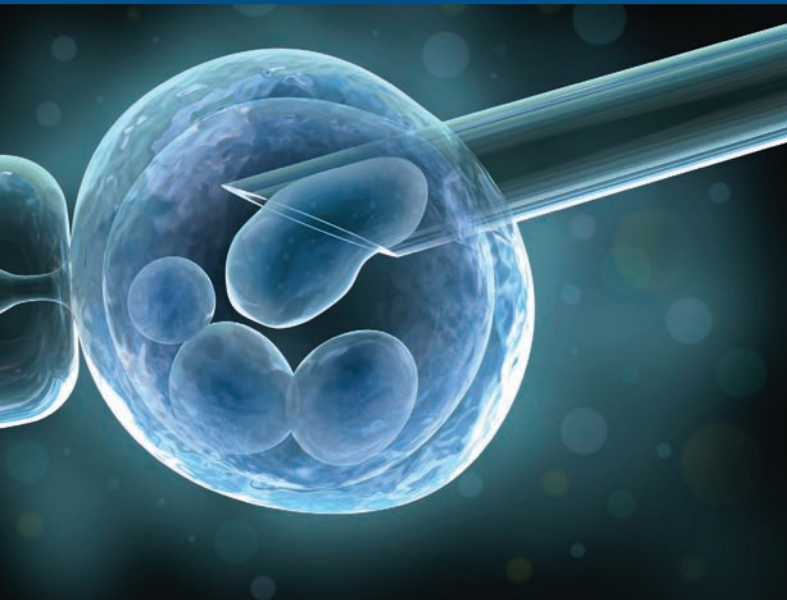
### What is a normal thyroid-stimulating hormone (TSH) level? Effects of stricter TSH thresholds on pregnancy outcomes after in vitro fertilization.

Fertil Steril. 2011; 94 (7): 2920-2922.

Andrea Reh, James Grifo, Ann Danoff

Habitualmente, considera-se o limite superior de normalidade para a dosagem sérica de TSH o valor de 4.5mIU/L. Discussões existem quanto a diminuir este valor para 2.5mIU/L, considerando-se que 95% da população tem o TSH entre 0.4 e 2.5mIU/L. Este trabalho americano questiona esta diminuição, e negligencia a importância desta modificação para as pacientes inférteis, apontando um levantamento de 1055 ciclos de FIV, onde não foram encontradas diferenças entre as taxas de gestação, nascimento e abortamento entre mulheres com TSH inferior a 2.5 e aquelas com a dosagem entre 2.6 e 4.5mIU/L. Discordo destas conclusões, uma vez que a própria indução para realização de FIV modifica as condições basais dos hormônios sexuais, quando comparamos com ciclos espontâneos, o que poderia compensar a alteração tireoideana. A indução com gonadotrofinas acaba por corrigir desvios no processo de ovulação e, conseqüentemente, implantação; logo, este grupo de pacientes não é parâmetro para conclusões estendidas a todas as mulheres inférteis, somente para as submetidas a ciclos de FIV. Além disso, já é consenso entre as sociedades de endocrinologia americanas que, durante a gestação, pacientes previamente diagnosticadas com hipotireoidismo reponham T4 rapidamente para manter seus níveis de TSH inferiores a 2.3, 3.1 e 3.5 no primeiro, segundo e terceiro trimestre, respectivamente. Se existe esta preocupação na gestação, por que não haveria importância no período de concepção? Dados iniciais de trabalho em andamento do nosso serviço mostram claramente que mulheres anovuladoras com SOP e que apresentam TSH entre 2.5 e 4.5 mIU/L, apesar de não apresentarem, pelos critérios atuais, hipotireoidismo, respondem melhor à indução com clomifeno quando associamos Levotiroxina sódica 25mcg. Consideramos necessários estudos em mulheres inférteis para melhor avaliarmos a influência dos níveis de TSH na obtenção de gestação. O estudo americano que aqui discutimos não pode estender para toda a população de mulheres inférteis as conclusões obtidas a partir de resultados de ciclos de FIV. Particularmente, concordamos com a diminuição dos valores superiores de normalidade para 2.5mIU/L, segundo nossa experiência clínica.

# Riscos obstétricos em gestações concebidas por meio de técnicas de reprodução assistida



**Fábio Roberto Cabar** • Mestre e Doutor em Obstetrícia e Ginecologia pela USP. Especialista em Reprodução Humana - Projeto ALFA  
**Marcelo Zugaib** • Professor Titular do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da USP

O impacto da reprodução assistida na sociedade moderna envolve mudanças nos conceitos tradicionais de maternidade. Para a Obstetrícia, o impacto maior está relacionado às complicações maternas e perinatais nas gestações únicas, ao aumento na incidência de gestações múltiplas e no incremento da faixa etária das gestantes, com a possibilidade de ocorrência de gestação em mulheres com idade muito avançada.

## Gestações Múltiplas

O desenvolvimento das TRA possibilitou um aumento global na incidência de gestações múltiplas. É reconhecida a relação das gestações múltiplas com a prematuridade, levando ao aumento da morbimortalidade perinatal. Demais complicações obstétricas e perinatais são mais comuns nestas situações e, além disso, as gestações múltiplas causam um grande impacto financeiro individual e social para as famílias envolvidas.

A transferência de embrião único é estratégia desejável, sendo possível reduzir significativamente a incidência de gestações com mais de dois fetos e, assim, os riscos maternos e neonatais. Esta prática, mais comum na Europa, não é aceita por todos os casais, pois a chance de sucesso do tratamento é significativamente menor e depende, especialmente, da idade da mulher e da qualidade do embrião. As maiores taxas de gestação são conseguidas em casais nos quais a mulher tem até 35 anos de idade.

A redução embrionária guiada por ultrassom, proibida no Brasil, permite a diminuição do número de fetos implantados. Para as gestações múltiplas de ordem maior, sabe-se que este procedimento possibilita que a gestação atinja a viabilidade.

No Brasil é permitida a transferência de, no máximo, dois embriões para pacientes até 35 anos de idade, três para aquelas até 39 anos e quatro embriões para pacientes a partir de 40 anos.

## Abortos

O aumento da incidência de abortamento em mulheres submetidas a TRA ainda é uma incerteza, especialmente porque a real incidência de abortamento na população geral é desconhecida. Mulheres inférteis que ovulam normalmente apresentam taxas reduzidas de aborto (11 a 12%). Desta forma, a maior incidência de abortamento observada em pacientes que se submetem a TRA poderia ser decorrente de um efeito direto da terapia gonadotrófica ou ser consequência da ovulação múltipla, a qual está associada à hipersecreção de esteróides.

Pacientes submetidas a tratamentos de infertilidade realizam mais precocemente o exame de gravidez, o que não ocorre habitualmente entre os casais férteis, fato que contribui para o aumento na detecção de abortamentos precoces. Outro fator diretamente relacionado ao risco de aborto é a idade da mulher. A fertilidade feminina apresenta um declínio relacionado à idade, o qual se acelera após 35 anos e, de maneira ainda mais evidente, após os 40 anos de idade. O sucesso alcançado em programas de doação de óvulos sugere que a qualidade oocitária seja o principal fator determinante na diminuição da fertilidade e no aumento da incidência de abortamento relacionados à idade da mulher.

## Gestação ectópica (GE)

Acredita-se que a etiologia da GE após realização de FIV é multifatorial, sendo que a destruição da anatomia das tubas com consequente prejuízo de sua função parece representar o principal mecanismo envolvido neste processo.

Alguns fatores de risco envolvidos com o aumento na incidência de GE são: patologia tubária prévia, colocação do cateter de transferência além da metade superior da cavidade uterina, número de embriões transferidos, volume de meio de cultura utilizado para a transferência, aplicação de pressão excessiva no momento da transferência embrionária, estimulação ovariana com a utilização de citrato de clomifeno, realização de GIFT.

Gestação heterotópica é uma condição rara na qual se encontra gestação ectópica simultaneamente a uma gestação intra-uterina. Com o desenvolvimento das TRA, a frequência desta complicação aumentou para um evento a cada 100-500 gestações. A localização mais frequente da gestação ectópica é na tuba uterina. Quanto maior o número de embriões transferidos, maior a chance de

ocorrência do quadro. A transferência de blastocistos também favorece o aumento da incidência de gestações heterotópicas.

### **Prematuridade e baixo peso ao nascimento**

Os recém-nascidos concebidos com o auxílio de FIV/ICSI apresentam peso médio de nascimento menor em relação ao peso médio das crianças obtidas após estimulação ovariana. Observa-se também menor idade gestacional média ao nascimento.

Gestações únicas concebidas com auxílio de TRA, quando comparadas às gestações espontâneas, apresentam pior resultado perinatal, com maiores taxas de prematuridade, baixo peso ao nascimento, maior incidência de cesárea e maior mortalidade perinatal. Fatores associados à infertilidade e ainda não completamente esclarecidos devem contribuir para o pior resultado perinatal observado. A idade materna também parece ser fator de risco relevante para o aumento da incidência de prematuridade. Estas gestações que ocorrem após os 50 anos de idade, concebidas com recepção de óvulos, também apresentam recém-nascidos com menor peso médio ao nascimento, com cerca de 50% de recém-nascidos pequenos para a idade gestacional e 61% com baixo peso ao nascer. Estes resultados diferem dos observados em gestantes com faixa etária compreendida entre 45 e 49 anos.

### **Morbidade materna**

As gestações concebidas com auxílio de TRA apresentam maior risco de desenvolvimento de complicações maternas como diabetes gestacional, placenta prévia, hemorragia anteparto, DHEG, além de maior chance de o parto ser cesárea.

Importante fator que interfere no risco de ocorrência de complicações maternas é a idade da mulher no momento da gestação. Mulheres com idade menor que 35 anos, quando comparadas com outras de diferentes faixas etárias, apresentam menor incidência de ameaça de aborto, abortamento, anormalidade cromossômica fetal, anomalia congênita, hipertensão na gestação, diabetes gestacional e menor chance de o parto ser cesárea.

### **Conclusão**

As gestações concebidas com auxílio de TRA apresentam maior risco de complicações obstétricas e perinatais. Estas gestações devem receber acompanhamento pré-natal especializado, independente do número de fetos em desenvolvimento.

### **Referência Bibliográfica**

- Fauser BCJM, Dewroey P, Macklon NS. Multiple birth resulting from ovarian stimulation for subfertility treatment. *Lancet*. 2005; 365:1807-16.
- Papageorghiou AT, Avgidou K, Bakoulas V, Sebire NJ, Nicolaidis KH. Risks of miscarriage and early preterm birth in trichorionic triplet pregnancies with embryo reduction versus expectant management: new data and systematic review. *Hum Reprod*. 2006; 21:1912-7.
- Heffner LJ. Advanced maternal age--how old is too old? *N Engl J Med*. 2004; 351:1927-9.

- Clayton HB, Schieve LA, Peterson HB, Jamieson DJ, Reynolds MA, Wright VC. Ectopic pregnancy risk with assisted reproductive technology procedures. *Obstet Gynecol* 2006; 107:595-604.
- Society for Assisted Reproductive Technology. Assisted reproductive technology in the United States and Canada: 1995 results generated from the American Society for Reproductive Medicine/Society for Assisted Reproductive Technology Registry. *Fertil Steril*. 1998; 69:389-98.
- Addor V, Santos-Eggimann B, Fawer CL, Paccaud F, Calame A. Impact of infertility treatments on the health of newborns. *Fertil Steril*. 1998; 69:210-5.
- Helmerhorst FM, Perquin DA, Donker D, Keirse MJ. Perinatal outcome of singletons and twins after assisted conception: a systematic review of controlled studies. *BMJ*. 2004; 328:261.
- Jackson RA, Gibson KA, Wu YW, Croughan MS. Perinatal outcomes in singletons following in vitro fertilization: a meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2004; 103:551-63.
- Adler-Levy Y, Lunenfeld E, Levy A. Obstetric outcome of twin pregnancies conceived by in vitro fertilization and ovulation induction compared with those conceived spontaneously. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2007; 133:173-8.



# Varicocele no adolescente: estado atual da doença

**Daniel Suslik Zylbersztejn** • Médico assistente e pós-graduando do Setor de Reprodução Humana da Universidade Federal de São Paulo

**Renato Fraietta** • Doutor do Setor de Reprodução Humana da Universidade Federal de São Paulo

## Introdução

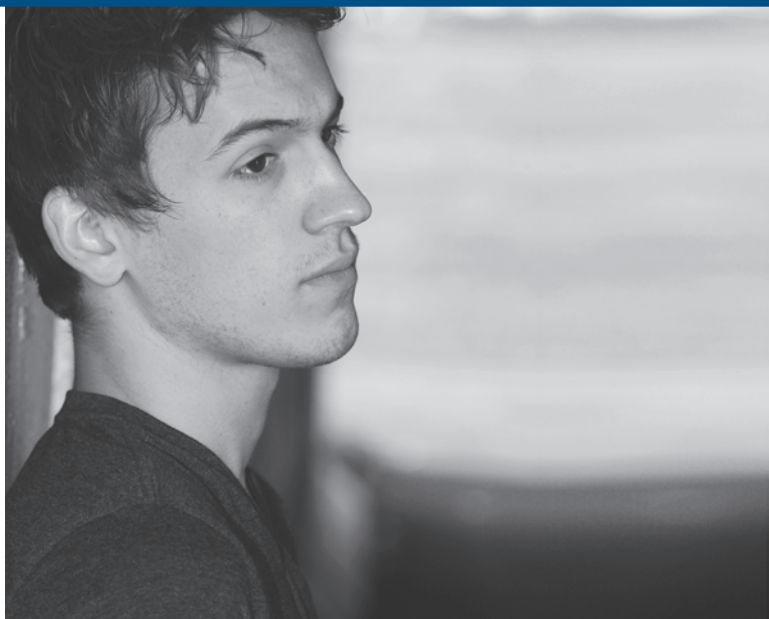
Estima-se que cerca de 15% dos casais são incapazes de engravidar naturalmente após 1 ano de intercurso sexual frequente e desprotegido. A infertilidade masculina participa em até 50% dos casos, seja como fator único ou misto. A varicocele, principal causa de infertilidade masculina, é classicamente descrita como presente em 15% da população masculina e em aproximadamente 40% dos homens com infertilidade primária<sup>(1)</sup>. Este número pode aumentar para até 80% dos homens com diagnóstico de infertilidade secundária. Estudo recente em adolescentes mostrou uma prevalência de varicocele de 30%, chegando a 80% quando considerada a varicocele de grau I<sup>(2)</sup>. Observando estes números, percebe-se facilmente a razão pela qual o estudo da varicocele recebe tanta importância no tratamento e manejo do casal infértil e, mais recentemente, nos adolescentes.

## Etiologia e Fisiopatologia

O aparecimento da varicocele ocorre na adolescência, sendo raramente vista em pré-púberes<sup>(3)</sup>. Sua origem está relacionada a múltiplos fatores, como incompetência das válvulas nas veias espermáticas internas, alteração da drenagem venosa, postura bípede e até mesmo história familiar positiva para varicocele. Os mecanismos pelos quais a varicocele atua negativamente na espermatogênese ainda não estão completamente elucidados. Teorias envolvendo o fluxo retrógrado de metabólitos tóxicos, estase venosa, disfunção do eixo hipotalâmico - hipofisário - gonadal e aumento da temperatura escrotal estão entre as mais estudadas. Os efeitos na espermatogênese são de longo prazo e progressivos, levando a uma redução da concentração espermática, da motilidade, da morfologia e da integridade do DNA espermático<sup>(4)</sup>.

## Diagnóstico

A varicocele usualmente não produz sintomas, mas desconforto local, percepção de aumento de volume escrotal e, mais raramente, dor testicular podem ser sintomas apresentados pelos adolescentes. O exame físico é diagnóstico padrão ouro, porém o uso da ultrassonografia de bolsa testicular com doppler colorido é utilizado, principalmente quando ocorre dúvida diagnóstica, impossibilidade de exame físico adequado ou presença de varicocelectomia prévia. Na ausência de um orquidômetro de Prader no consultório para aferição do tamanho testicular, o uso da ultrassonografia nos adolescentes é utilizado principalmente para mensuração periódica do volume testicular na tentativa de detecção precoce de assimetria testicular.



## Adolescentes

A presença de assimetria testicular acima de 20%, indicando perda de volume testicular ou retardo de crescimento, é atualmente o parâmetro clínico mais frequentemente utilizado para indicar correção cirúrgica de varicocele em adolescentes<sup>(1)</sup>. Na ausência de assimetria, devem ser realizadas avaliação do volume testicular e espermograma anual. A cirurgia de correção de varicocelectomia deve ser oferecida ao primeiro sinal detectado de alteração induzida pela varicocele, seja testicular ou seminal<sup>(1)</sup>.

## Tratamento

A presença de varicocele na adolescência, mesmo com pouco tempo de evolução, tem sido correlacionada com alteração da função espermática, como demonstrado pelo prejuízo na capacidade de ligação do espermatozoide à zona pelúcida oocitária<sup>(5)</sup>. A varicocelectomia subinguinal microcirúrgica (técnica de Marmar) é o tratamento cirúrgico de escolha. A recuperação do volume testicular afetado pela varicocele pode ser esperada em até 80% dos adolescentes submetidos à varicocelectomia microcirúrgica<sup>(1)</sup>. Além da recuperação quantitativa, recentes estudos demonstraram que a correção cirúrgica tem a capacidade de recuperar a integridade do DNA e a atividade mitocondrial, melhorando a qualidade funcional do espermatozoide<sup>(4)</sup>.

## Referência Bibliográfica

1. Report on varicocele and infertility. *Fertil Steril*. 2008 Nov;90(5 Suppl):S247-9.
2. Mori MM, Bertolla RP, Fraietta R, Ortiz V, Cedenho AP. Does varicocele grade determine extent of alteration to spermatogenesis in adolescents? *Fertil Steril*. 2008 Nov;90(5):1769-73.
3. Steeno O, Knops J, Declerck L, Adimoelja A, van de Voorde H. Prevention of fertility disorders by detection and treatment of varicocele at school and college age. *Andrologia*. 1976;8(1):47-53.
4. Lacerda JI, Del Giudice PT, da Silva BF, Nichi M, Fariello RM, Fraietta R, et al. Adolescent varicocele: improved sperm function after varicocelectomy. *Fertil Steril*. 2010 Nov 10.
5. Cedenho AP, Spaine DM, Barradas V, Srougi M, Oehninger S. Adolescents with varicocele have an impaired sperm-zona pellucida binding capacity. *Fertil Steril*. 2002 Dec;78(6):1339-40.

### Jefferson Drezett

Comitê Assessor do Consórcio Latinoamericano de Anticoncepção de Emergência.

Núcleo de Atenção Integral à Mulher em Situação de Violência Sexual - Hospital Pérola Byington.

O aborto inseguro é reconhecido como grave problema de saúde pública. Estima-se que a cada ano ocorram 75 milhões de gestações não planejadas que terminam em 46 milhões de abortos induzidos. Dessas interrupções, 20 milhões são em condições precárias e inseguras, levando à morte 67 mil mulheres<sup>(1)</sup>. No Brasil, estimativas confiáveis apontam para um milhão de abortos induzidos anuais, com 250 mil internações no SUS para tratamento de suas complicações.

Organismos nacionais e internacionais são contundentes em atribuir à Anticoncepção de Emergência (AE) condição de método anticonceptivo estratégico para reduzir as taxas de gravidez indesejada, particularmente quando outros métodos falham ou não se aplicam<sup>(2)</sup>. No entanto, países com leis restritivas em relação ao aborto são, geralmente, os mesmos que colocam fortes impedimentos à AE. Essa posição paradoxal se pauta, em parte, no desconhecimento do mecanismo de ação da AE, levando setores conservadores a considerar suposto “efeito abortivo” para o método<sup>(3)</sup>.

O Comitê de Ética da FIGO define *gravidez* como o processo reprodutivo a partir da nidação, mediante sinais presuntivos ou provas diagnósticas válidas. A detecção precoce do HCG no sangue ou urina constitui a primeira evidência aceitável de gravidez. Antes disso, não há elementos que permitam estabelecer sua condição. Dessa forma, o conceito de aborto se aplica apenas para eventos espontâneos ou induzidos a partir da nidação, seja pela perspectiva médica ou jurídica<sup>(2)</sup>. No entanto, setores conservadores ignoram esses conceitos e tratam por “aborto” a interrupção do processo reprodutivo desde a fecundação. O pensamento simplificado e sem estrutura científica, influenciado ou não pela religião, sustenta a crença de que a fecundação ocorre imediatamente após a relação sexual e que a AE necessariamente interfere na implantação do blastocisto, mesmo frente à suficiente evidência de que nem a fecundação, nem a gravidez, ocorrem logo após a relação sexual<sup>(2,3)</sup>. Independente dessas questões, os mecanismos de ação da AE são todos prévios à fecundação. Na primeira fase do ciclo menstrual, antes da ovulação, o levonorgestrel tem capacidade demonstrável de suprimir o pico de LH, impedindo ou postergando a ovulação. O uso da AE nos últimos dias que precedem a ovulação se mostra pouco eficaz, explicando parte das falhas do método<sup>(4)</sup>. Administrado na segunda fase do ciclo, após a ovulação, o levonorgestrel apresenta capacidade demonstrável de interferir na fase sustentada de migração dos espermatozoides, hostilizando o muco cervical. Esse efeito reduz significativamente a probabilidade de fecundação quando é impossível evitar a ovulação. Apenas estes mecanismos de ação

encontram-se cientificamente demonstrados e ocorrem simultaneamente, prevalecendo um ou ambos, conforme o período do ciclo menstrual<sup>(2)</sup>.

As investigações sobre esses mecanismos de ação apresentam nível elevado de evidência científica e deveriam ser suficientes para encerrar a polêmica sobre a AE, mesmo para aqueles que, eventualmente, se orientam pela questão da fecundação. No entanto, o antagonismo à AE se mantém irreduzível entre setores conservadores, que pleiteiam a existência de “terceiro mecanismo” de ação, com supostos efeitos para o endométrio que resultariam na inibição da nidação ou eliminação precoce do embrião. O argumento se apoia em poucas publicações preliminares que há quase três décadas encontraram modificações no endométrio submetido ao levonorgestrel associado ao etinil-estradiol. Contudo, estudos posteriores com rigorosa metodologia contestaram esses resultados. Além disso, novas investigações ampliaram a análise do endométrio reprodutivo desde a fecundação. O pensamento simplificado e sem estrutura científica, submetido à AE, incluindo o número de glândulas por mm<sup>2</sup>, porcentagem de estroma e número de artérias espiraladas. A receptividade do endométrio ao blastocisto tem sido cuidadosamente estudada, analisando-se marcadores  $\alpha 1$ ,  $\alpha 4$ ,  $\beta 1$ ,  $\beta 3$ ,  $\alpha \nu \beta 3$ , mucina, calcitonina, fatores de crescimento, fator inibidor da leucemia, gen *hoxa 11*, *cox 1*, *cox 2*, aglutininas, e pinópodos. Todos os indicadores, sem exceção, demonstram não sofrer modificações com a AE, refutando a existência do suposto “terceiro mecanismo”. Somado a essas evidências, estudos de plausibilidade biológica e em modelos animais descartam efeitos negativos do levonorgestrel após a fecundação e rejeitam a possibilidade de janela de fertilidade<sup>(5)</sup>. O argumento de que a AE pode causar aborto decisivamente não tem sustentação científica. Ao contrário, o conhecimento disponível assegura sua aprovação pelos organismos internacionais e agências reguladoras dos países desenvolvidos. No Brasil, a AE está aprovada pelos órgãos de vigilância sanitária, incluída nas normas do Ministério da Saúde e nas recomendações da FEBRASGO e da SBRH. Resolução do Conselho Federal de Medicina, em 2007, ratificou a responsabilidade de médicos para reduzir o impacto da gravidez não planejada e do aborto inseguro, ressaltando a importância da AE e a inexistência de efeito abortivo<sup>(2)</sup>.

### Referências Bibliográficas

1. World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Geneva: World Health Organization. 2003.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 20p. 2005.
3. Croxato H. La píldora anticonceptiva de emergencia y la generación de un nuevo individuo. Reflexión y Liberación 2004; 61:33-39.
4. Durand M, Cravioto MC, Raymond EG, Duran-Sanchez O, De la Luz Cruz-Hinojosa M, Castell-Rodriguez A, Schiavon R, Larrea F. On the mechanism of action of short-term levonorgestrel administration in emergency contraception. Contraception 2001; 64:227-34.
5. Durand M, Larrea F, Schiavon R. Mecanismos de acción de la anticoncepción hormonal de emergencia: efectos del levonorgestrel anteriores y posteriores a la fecundación. Salud Publica Mex 2009; 51(3):1-7.

# Agenda SBRH

## MARÇO

• V ENCUENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES SOBRE MUJERES Y PERSPECTIVA DE GÉNERO

Local: Zacatecas / México • Dias: 24 e 25

<http://www.observatoriogeneroyliderazgo.cl/index>

• 3RS CIVTE INTERNATIONAL REPRODUCTIVE MEDICINE CONGRESS

Local: Sevilla / Espanha • Dias: 25 e 26

<http://www.civtecongress.com/faculty>

• 2011 ANNUAL MEETING OF THE SOCIETY FOR GYNECOLOGIC INVESTIGATION (SGI)

Local: Miami / EUA • Dias: 16 a 19

<http://www.sgionline.org/mc/page.do?sitePageld=110151>

## MAIO

• 4º CONGRESSO MINEIRO DE GINECOLOGISTAS E OBSTETRAS

Local: Belo Horizonte / EXPOMINAS • Dias: 08 a 11

<http://www.sogimig.org.br>

• 19º CONGRESSO PORTUGUÊS DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Local: Porto / Portugal • Dias: 16 a 19

<http://mundiconvenius.pt/2011/fspog/intro.htm>

• THIRTY YEARS OF ADVANCES IN REPRODUCTIVE ENDOCRINOLOGY AND ART

Local: Montreal / Canadá. Dias: 27 a 31

<http://www.comtecmed.com/mcgill/2011/>

## ABRIL

• 5ª JORNADA DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA FACULDADE DE MEDICINA USP

Local: São Paulo / Centro de Convenções Rebouças. Dias: 1 e 2

<http://ginecousp.blogspot.com/>

• 18º CONGRESSO ESPÍRITO SANTENSE DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Local: Centro de Convenções de Vitória. Dias: 30 de Abril a 02 de Maio

<http://www.sogoes.com.br>

• WOMEN'S HEALTH REVIEW - CARIBBEAN CRUISE

Local: San Diego / EUA. Dias: 16 a 23

<http://www.medical-events.com/congress/womens-health-review-caribbean-cruise-9894>

## JUNHO

• 36ª JORNADA GOIANA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Local: Goiânia / Centro de Convenções de Goiânia • Dias: 08 a 11

<http://www.sggo.com.br>

• 44º CONGRESSO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DO DISTRITO FEDERAL

Local: Brasília / Centro de Convenções Ulysses Guimarães.

Dias: 15 a 17

<http://www.sgob.com.br>

• 1ST INTERNATIONAL MEDICAL CONGRESS WOMAN AND MAN REPRODUCTIVE AND SEXUAL HEALTH

Local: Warsaw / Polônia. Dias: 03 e 04

<http://www.icsoffice.org/Events/ViewEvent.aspx?EventID=197>

## Boletim SBRH ( Biênio 2011-2012) - Comissão Editorial:

Carlos Roberto Izzo   Fábio Roberto Cabar   Nilka Fernandes Donadio   Jefferson Drezett   Renato Fraietta



# Compromisso com o tratamento da infertilidade



A **MSD**, uma nova empresa resultante da união de duas companhias farmacêuticas tradicionais, a Schering-Plough e a Merck Sharp & Dohme, é líder mundial em tratamentos para a Saúde da Mulher.

Os esforços em pesquisa de novos medicamentos na área da fertilidade reforçam nosso compromisso de ajudar as mulheres a realizar o sonho de ser mãe: celebramos o nascimento de mais de 1.000.000 de crianças com os nossos produtos.



# NOVIDADE!

Seu novo ambiente de Atualização,  
Consulta e Debate Científico



Portal da  
Fertilidade



- Artigos Científicos
- Artigos Comentados
- Aulas livres
- Casos Clínicos
- Entrevistas
- Eventos

Elaborados por renomados especialistas  
em Reprodução Assistida.

Um portal interativo onde você pode emitir sua opinião,  
enviar materiais científicos e debater com os colegas.

Apoio



Participe!

[www.portaldafertilidade.com.br](http://www.portaldafertilidade.com.br)

**FALE FERRING**  
**0800 772 4656**

**Laboratórios Ferring - Brasil**  
Pça. São Marcos, 624 - 1º andar - 05455-050  
São Paulo - Brasil - PABX - 55 11 3024.7500  
70.060.021 - F/003/Dez/10

