

Boletim da
SBRH

Ano 4 • Número 1 • 2006



Importantes conquistas profissionais

É natural que iniciemos um novo ano envolvidos numa atmosfera otimista, buscando renovar nossos sonhos e metas. Também é naturalmente provável que algumas dessas metas se percam durante o caminho, esquecidas ou mesmo preteridas em razão de outras. Em nossa área, no entanto, é unanimidade que alguns objetivos importantes para a melhoria do exercício da profissão não podem se perder de vista.

No final do ano passado, tomou posse a nova diretoria da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), liderada pelo dr. Nilson Roberto de Melo. Agora, fechando o primeiro trimestre de 2006, assistimos à configuração de um ano que começou com boas notícias e que avança efetivamente em direção das conquistas almejadas por nossa classe profissional.

A atual equipe da Febrasgo deu início às ações propostas e já demonstra participação ativa na luta por reivindicações, como a defesa da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM). O Projeto de Lei 9.486, que tornará a CBHPM referência obrigatória em todo o Brasil, foi aprovado por todas as câmaras técnicas e está prestes a ir para votação no Plenário da Câmara.

A cobertura da posse da Febrasgo, durante o 51º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, o leitor poderá acompanhar nesta edição do **Boletim da SBRH**. O clima de otimismo tende a se prolongar, estimulado pelos preparativos do XXII Congresso Brasileiro de Reprodução Humana, que acontecerá em Curitiba, entre os dias 4 e 7 de outubro deste ano. O principal evento da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana receberá convidados nacionais e internacionais, tornando efetivos os objetivos de divulgação científica e intercâmbio científico-cultural promovidos pela SBRH.

Com esta mesma finalidade de estimular a pesquisa, a troca de experiências e a reciclagem dos profissionais na área de reprodução humana, apresentamos esta edição do **Boletim**, que traz ainda uma discussão saudável a respeito da maturação oocitária *in vitro*, apresentando a opinião dos especialistas Paulo Serafini e Gilberto Freitas.

O perfil de um dos grandes mestres na área de reprodução humana, Ivis Bezerra, e a identidade secreta do ex-presidente da SBRH, Joaquim Roberto Costa Lopes, que tem o mergulho como *hobby*, estão nas páginas da publicação que você pode conferir a partir de agora. Boa leitura!

Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH). Fundada em 1947 pelo Prof. Dr. Artur Campos da Paz. Av. Jandira, 257, 14º andar, cj. 146 – 04080-001 São Paulo-SP. Tels./Fax: (11) 5055-6494 / 5055-2438. sbrh@terra.com.br; www.sbrh.med.br

Diretoria (biênio 2005/2006)

Presidente: Claudete Reggiani **1º Vice-presidente:** Hilton Pina **2º Vice-presidente:** Eduardo Pandolfi Passos

Secretário executivo: Dirceu Henrique Mendes Pereira **Secretário adjunto:** Antonio Cesar Paes Barbosa

Tesoureiro geral: Valdir Tadini **Tesoureiro adjunto:** Pedro Ivo Bastos Pereira **Diretor científico:** Nilson Roberto de Melo

Presidente do Conselho de Delegados: João Pedro Junqueira Caetano

Boletim da SBRH

Comissão Editorial: Valdir Tadini (presidente), Artur Dzik, Carlos Roberto Izzo, Cassiana Rosa Galvão Giribela, Marcelo Giacobbe e Nilka Fernandes Donadio.

Jornalista responsável: Andrea Polimeno MTB 32.125



Rua Cunha Gago, 412, 2º andar, cj. 21, Pinheiros – 05421-001 – São Paulo, SP. Fone: 11 3039-5669 • www.segmentofarma.com.br • segmentofarma@segmentofarma.com.br

Diretor geral: Idelcio D. Patrício **Diretor executivo:** Jorge Rangel **Diretor editorial:** Maurício Domingues **Coordenadora editorial:** Caline Devêze **Diagramação:** Miguel Simón **Revisão:** Jandira Queiroz e Michel Kahan Apt **Produção gráfica:** Fabio Rangel **Cód. da publicação:** 2105.05.06

Maturação oocitária *in vitro*

Ponto

A maturação oocitária *in vitro* é uma técnica promissora em reprodução humana assistida



Dr. Paulo Serafini
Diretor do Huntington Centro
de Medicina Reprodutiva,
em São Paulo-SP

Considerações iniciais

Durante a estimulação ovariana controlada com gonadotrofinas, a população de oócitos no momento da administração do hCG pode ser heterogênea. Estima-se que cerca de 15% dos oócitos recuperados encontram-se em prófase e são inviáveis para a fertilização, quer seja pela fertilização *in vitro* convencional (FIV) ou por intermédio da injeção de um espermatozóide diretamente no ooplasma (ICSI).

Desde 1983, quando duas gestações foram reportadas a partir de oócitos maturados *in vitro* pelo grupo de Lucinda Veeck, muitos avanços têm sido conseguidos, transformando a técnica de maturação oocitária *in vitro* (MOIV) numa tecnologia promissora em reprodução humana assistida (RHA) (Prins *et al.*, 1987; Nagy *et al.*, 1996; Liu *et al.*, 1997; Russell, 1998; Trounson *et al.*, 1998; Tan e Child, 2002).

Os estudos têm demonstrado melhorias nas técnicas de punção, tornando-as mais factíveis. Além disso, o desenvolvimento de novos meios de cultura tem permitido uma adequada maturação nuclear e citoplasmática dos oócitos imaturos recuperados após a punção, tanto em ciclos estimulados como naqueles sem estimulação ovariana (Cha *et al.*, 2000).

Na verdade, uma vez oferecidas as condições adequadas, toda a série de processos preparatórios que ocorrem durante o crescimento oocitário pode

certamente se dar *in vitro*, propiciando a formação de oócitos maduros com competência semelhante àqueles “produzidos” *in vivo*. Atualmente, oócitos envolvidos pelas células da granulosa têm sido mantidos em cultura por 2 a 3 dias quando são fertilizados pelas técnicas de alta complexidade. Cerca de 40% a 80% desses oócitos maturados *in vitro* transformam-se em embriões com boas taxas de implantação (em torno de 15%) (Mikkelsen e Lindenberg, 2001; Combelles *et al.*, 2005).

Indicações e vantagens

A técnica de maturação oocitária *in vitro* pode beneficiar:

- pacientes que desejam preservar sua fertilidade diante do diagnóstico de um câncer. Nesses casos, oócitos imaturos podem ser recuperados em ciclos naturais, seminaturais ou levemente estimulados (dependendo da natureza do tumor ou da neoplasia) antes do tratamento com químico ou radioterapia. Estudos têm demonstrado a possibilidade em retirar oócitos imaturos diretamente de ovários após ooforectomia em pacientes com carcinomas endometriais (Revel *et al.*, 2004) ou de parênquima ovariano criopreservado (Mikkelsen, 2005);
- pacientes com maior suscetibilidade para desenvolver a síndrome de hiperestimulação ovariana (SHO), que representa a maior intercorrência em reprodução assistida. Neste caso, estão incluídas as pacientes com síndrome de ovários policísticos (SOP);
- pacientes com menor poder aquisitivo e que desejam um filho biológico. Indubitavelmente, a técnica de MOIV reduz de maneira singular os custos do tratamento por não necessitar de gonadotrofinas exógenas em quantidade;
- pacientes que, mesmo após terem sido submetidas a ciclos de estimulação ovariana controlada, produziram uma quantidade insatisfatória de oócitos maduros e aptos para serem fertilizados. A MOIV pode ampliar a chance de gravidez por aumentar o número de oócitos

maduros, favorecendo um aumento no número de embriões viáveis para a transferência e/ou a criopreservação;

- Rao e Tan relatam taxas de gravidez de 38% em pacientes com menos de 35 anos de idade tratadas com MOIV e 50% de gravidez clínica para receptoras de óvulos doados quando maturados *in vitro* (McGill University, 2005). Esses dados nos indicam quão próximos estamos de tornar esta técnica uma realidade clínica;
- pacientes que usam MOIV não necessitam de estimulação ovariana com drogas, o que as protege de vários efeitos colaterais e riscos, tanto quanto promove a diminuição real dos custos com os tratamentos;
- finalmente, essa tecnologia já está gerando conhecimentos básicos da biologia oocitária, o que nos possibilitará desenvolver outros projetos da terapia para a espécie humana.

Considerações finais

Sem dúvida, a MOIV é uma técnica promissora. No entanto, como toda nova tecnologia, exige refinamento. Muitos centros de reprodução assistida ao redor do mundo, incluindo o nosso, têm desenvolvido protocolos nesse sentido, e as taxas de sucesso são bastante animadoras.

Contraponto

Muito trabalhosa e pouco eficiente



Dr. Gilberto da Costa Freitas
Doutor pela Faculdade de
Medicina da Universidade
de São Paulo (FMUSP)

Os trabalhos pioneiros relacionados à MOIV e à fertilização de oócitos maturados *in vitro* foram publicados por um dos pioneiros das técnicas de reprodução assistida, o professor Edwards, em 1965 e 1969, respectivamente. Portanto, não se trata de nenhuma novidade científica, antecede à primeira gravidez obtida por fertilização *in vitro* utilizando oócito maduro de um ciclo natural, publicada cerca de

dez anos depois pelo mesmo autor, em colaboração com o professor Steptoe, em 1978.

Clinicamente, a obtenção de oócitos imaturos com o objetivo de maturá-los *in vitro*, com posterior fertilização, e a obtenção de embrião para transferência podem ser realizadas sem o uso de estimuladores da ovulação ou com o uso dessas substâncias em protocolos diversos. O primeiro nascimento foi conseguido por Veeck *et al.* em 1983. Nesse caso, os oócitos imaturos foram obtidos durante um ciclo com estimulação ovariana.

As principais e atuais indicações para o uso dessa técnica seriam para pacientes que, quando expostas aos estimuladores da ovulação, apresentam resposta exagerada com riscos para hiperestímulo ovariano grave. As mulheres com SOP constituem a população ideal para essa técnica, pois são extremamente sensíveis aos estimuladores e com frequência desenvolvem a síndrome da hiperestimulação ovariana severa.

A técnica em si é muito semelhante, independentemente de ser usada em associação ou não aos estimuladores da ovulação. No primeiro caso, as pacientes são expostas a gonadotropina urinária ou recombinante por cerca de 6 dias, com os folículos com aproximadamente 8 a 10 mm, é administrado o hCG, sendo aspirados depois de 36 horas. No segundo, é realizado um ultra-som basal no terceiro dia de um ciclo menstrual espontâneo (no caso de pacientes com espaniomenorréia ou amenorréia, administra-se progesterona), após 6 dias realiza-se um novo ultra-som para excluir dominância, administrando então o hCG e agendando a aspiração folicular.

As vantagens destacadas na maioria das publicações devem ser discutidas com mais detalhes. Por exemplo, a monitorização mais simples, teoricamente, sim. Entretanto, convenhamos que avaliar a dominância numa população grande de folículos pré-antrais não é tão simples assim, necessita de experiência e equipamento adequado. É verdade que, nos casos de uso de estimuladores, a quantidade usada e o tempo de administração são bem menores e têm menos efeitos colaterais. Sobre os custos, diminuimos em relação aos estimuladores e aumentamos quanto aos procedimentos laboratoriais complementares (do cultivo até a maturação, injeção intracitoplasmática, transferência em endométrio preparado adequadamente).

As desvantagens, portanto, podem ser enumeradas:

- I. Tecnicamente, é muito mais difícil aspirar oócitos imaturos de folículos com aproximadamente 9 mm;

2. As células do *cumulus* não estão expandidas como durante um ciclo estimulado;
3. O tamanho do complexo *cumulus*-oócito é similar ao de um oócito (0,1 mm);
4. As células do *cumulus* não são refringentes, tornando esse procedimento mais difícil para identificação do complexo *cumulus*-oócito;
5. A aspiração folicular também leva muito mais tempo, porque os folículos não são facilmente detectados no ultra-som;
6. Na maioria das vezes, é necessária sedação para aspiração, como na técnica de FIV convencional.

Acreditamos que a possibilidade da MOIV deva ser avaliada no contexto de um ensaio clínico controlado, principalmente comparando com protocolos mais suaves de indução. Estes seriam os motivos para destacar a MOIV como uma possível alternativa para o tratamento de casais inférteis. Um levantamento recente de 18 trabalhos demonstra que o uso da MOIV em ciclos não estimulados para pacientes com SOP é muito trabalhoso e pouco eficiente. Finalmente, concordo com o pensamento de um amigo que sempre comenta que, quando uma determinada técnica é muito boa, rapidamente torna-se rotina, mas este não é o caso.

Teses

Conhecimento, atitude e prática dos ginecologistas sobre terapia hormonal em mulheres na pós-menopausa após a publicação do Women's Health Initiative

AUTOR: Felipe Lazar Júnior

ORIENTADORA: Lúcia Helena Simões da Costa Paiva

Tese de doutorado apresentada à pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de doutor em tocoginecologia

Objetivo: Avaliar o conhecimento e as repercussões sobre a atitude e a prática dos médicos ginecologistas três anos após a publicação dos resultados do estudo Women's Health Initiative (WHI). **Sujeitos e método:** Um questionário auto-administrado e anônimo com 19 questões foi enviado aos 6 mil ginecologistas da Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (SOGESP). Os questionários foram postados em novembro de 2005, com recepção concluída em dezembro de 2005. **Resultados:** O índice de resposta foi de 24,2% (1.453 questionários preenchidos), com erro amostral de 2,23% e intervalo de confiança de 95%. Apesar de 95,9% dos ginecologistas referirem conhecer o estudo WHI, apenas 24,4% tinham conhecimento dos outros estudos (HERS I, HERS II e Million Women Study) além do WHI. Apesar de 84,6% referirem que os resultados obtidos no estudo WHI não poderiam ser extrapolados para outros tipos

de TH, 23,1% e 25,2% abandonaram o uso de EEC ou AMP, 63,7% diminuíram a dose, 55,2% passaram a prescrever drogas como bifosfonatos, tibolona e *serms*, e 46,3% passaram a utilizar calmantes, isoflavonas e drogas naturais. Além disso, 59,2% concordaram que o tempo ideal de TH deveria ser diminuído para 4 a 5 anos. Houve queda significativa nas prescrições para todas as indicações de TH ($p < 0,0001$). Para os médicos, a causa mais importante de descontinuação da TH foi o maior risco de câncer de mama (62,3%). No entanto, segundo os médicos, o fator mais importante para as pacientes foi o medo da TH (80,3%) **Conclusão:** Os ginecologistas têm elevado conhecimento do estudo WHI, seguiram suas recomendações em relação à prevenção de doença cardiovascular e, conseqüentemente, mudaram sua forma de abordar o tratamento das mulheres na pós-menopausa, restringindo as indicações, o tempo de uso e a dose da TH.

Nilo Bozzini lança o livro *Leiomioma uterino*

Evento no Rio de Janeiro reuniu amigos, autores e especialistas

Com um caloroso evento na noite carioca, no dia 21 de novembro, durante o 51º Congresso Brasileiro de Ginecologia, Nilo Bozzini lançou a obra *Leiomioma uterino*. Bozzini é um dos pioneiros na área e está no rol dos especialistas que, no País, compõem a massa crítica.

A vocação vem de berço. No início da carreira profissional, colaborou com seu pai, o prof. Armando Bozzini, na realização de teses referentes ao tratamento conservador do leiomioma uterino. Graduado em 1972 pela Faculdade Ciências Médicas de Santos (SP), ele ocupa hoje o cargo de professor do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e é responsável pelo Ambulatório de Leiomioma Uterino do Hospital das Clínicas da mesma faculdade.

A vivência diária, a dedicação e a pesquisa em mioma uterino podem ser conferidas nesta obra que reúne 21 capítulos e mais de 50 colaboradores. “Este livro trata exclusivamente dos miomas, suas origens, sintomas e as diversas formas de tratamento hoje disponíveis”, resume Bozzini. “É destinado principalmente aos médicos que têm de optar por condutas terapêuticas conservadoras para preservar a capacidade da paciente de procriar”.



Dr. Nilo Bozzini, chefe do Ambulatório de Leiomioma Uterino do HC-FMUSP



Obra vem preencher uma lacuna na medicina brasileira

O mioma é um tumor sólido de tecido muscular e caráter benigno que acomete as mulheres, principalmente na fase reprodutiva. Em geral, é nessa fase que os sintomas se manifestam, embora haja casos absolutamente assintomáticos. A literatura registra que de 30% a 60% das mulheres em fase reprodutiva têm sintomas, mas o número de portadoras de miomas deve ser maior, porque muitas delas são assintomáticas.

O mioma como única causa isolada de infertilidade é raro e está associado de 0,1% a 4,3% das gestações. Normalmente, o crescimento do leiomioma é relatado no decorrer da gestação. Segundo o autor, isso não é observado em todos os casos, o que sugere que outros fatores atuam no crescimento e desenvolvimento desses tumores.

O livro analisa o mioma desde a sua incidência, etiopatogenia, anatomia patológica, diagnóstico, tratamento e prognóstico, incluindo tanto os aspectos clássicos quanto os mais recentes avanços. Um de seus capítulos é dedicado aos aspectos psicológicos da mulher em relação à miomectomia e à histerectomia. A obra é dedicada à classe médica, mas certamente o leitor leigo terá condições de acompanhar os temas abordados.

Cerimônia marcou posse da nova diretoria da Febrasgo

Nilson Roberto de Melo é o atual presidente da federação

A solenidade de abertura do 51º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, realizada em novembro do ano passado, marcou o início da atuação da nova diretoria da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), que atuará no triênio 2005-2008.

O congresso aconteceu entre os dias 22 e 26, no Riocentro, conhecido espaço de eventos no Rio de Janeiro, reunindo um grande número de ginecologistas e obstetras do Brasil e do exterior. Os encontros científicos proporcionaram a atualização de conhecimentos e a troca de experiências, enquanto os eventos sociais, culturais e turísticos promoveram o clima festivo e a integração entre os presentes.

Defesa profissional

Nilson Roberto de Melo liderou a chapa “Força e União”, que foi eleita com 68,5% dos votos, vencendo a disputa com a chapa “Tradição e Qualidade”, de Jacob Arkader, que contabilizou 31,5% dos votos. As bandeiras levantadas pela chapa de Melo estavam afinadas com a maioria das reivindicações profissionais, como a defesa da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), parâmetro de honorários que visa garantir remuneração adequada e equilibrada dos serviços prestados, para que seja implementada como referência nacional de remuneração dos serviços médicos.

A nova diretoria deu início às ações em direção aos objetivos propostos e já comemora a participação ativa nessa luta. O Projeto de Lei 9.486, que tornará a CBHPM referência obrigatória em todo o Brasil, foi aprovado por todas as câmaras técnicas e está prestes a ir para votação no Plenário da Câmara.



Nilson Roberto de Melo no discurso de posse da diretoria da Febrasgo



Nova diretoria defende a CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos)

Outro argumento que também contribuiu para a vitória de Nilson Roberto de Melo foi o seu empenho em democratizar o conhecimento, além de sua ampla capacidade de relacionamento com os médicos de todo o País. Nesse sentido, a nova diretoria defende o investimento e a atenção à educação médica continuada. A Febrasgo também propõe a criação e o emprego do Selo de Qualidade Febrasgo e que a Federação leve conhecimento e educação em saúde não apenas para os profissionais, mas que desloque as informações do âmbito médico, democratizando a informação em saúde para os leigos. Nilson defende a conscientização da população para atitudes preventivas, a visita freqüente ao especialista para acompanhamento, *check-up* e detecção precoce de doenças. “Isso estimula o aumento do número de consultas e o menor encargo em doenças em médio e longo prazos”, afirma.

Próximo congresso

O próximo congresso já começou a ser divulgado e acontecerá em Fortaleza (CE). O 52º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia será entre os dias 18 a 22 de novembro de 2008. Informações e inscrições pelo telefone (85) 3244-2423.

Repercussão

“A luta pela dignidade profissional e a defesa da tabela hierarquizada dos honorários médicos chegaram a um ponto decisivo. Nela, destacou-se a Febrasgo, sob o comando de Edmundo Baracat. A batalha tem de prosseguir.” *Lucas Viana Machado*

“Dr. Nilson tem uma alta qualificação científica que, aliada à sua capacidade de agregar pessoas, será muito importante para o próximo triênio.” *Claudete Regianni*

“Dr. Nilson e todos os membros eleitos, nossos representantes na Federação Nacional, prosseguirão dedicando-se com toda a sua capacidade para o aprimoramento científico da ginecologia e da obstetrícia brasileiras.” *Krikor Boyaciyán*

“O seu carisma e a sua capacidade de trabalho tornaram-no um líder, exercendo sobre os seus colaboradores uma forte influência mobilizadora, essencial para um trabalho em equipe.” *Dirceu Henrique Mendes Pereira*

Nova diretoria da Febrasgo

Presidente:	<i>Nilson Roberto de Melo</i>
Secretário-Executivo:	<i>Francisco Eduardo Prota</i>
Secretária-Executiva Adjunta:	<i>Vera Lúcia Mota da Fonseca</i>
Vice-Presidente Região Norte:	<i>Pedro Celeste Noletto e Silva</i>
Vice-Presidente Região Nordeste:	<i>Francisco Edson de Lucena Feitosa</i>
Vice-Presidente Região Centro-Oeste:	<i>João Bosco Machado da Silveira</i>
Vice-Presidente Região Sudeste:	<i>Claudia Navarro Carvalho Duarte Lemos</i>
Vice-Presidente Região Sul:	<i>Almir Antonio Urbanetz</i>
Tesoureiro:	<i>Ricardo Oliveira e Silva</i>
Tesoureira Adjunta:	<i>Mariângela Badalotti</i>

Imensidão azul

Joaquim Roberto Costa Lopes, ex-presidente da SBRH, é mergulhador. Diretor clínico do Centro de Medicina Reprodutiva da Bahia (Cenafert) e membro da Academia de Medicina de Brasília, vive atualmente em Salvador, entre uma viagem e outra a destinos inusitados



Dr. Joaquim Roberto Costa Lopes, preparando-se para mergulhar no Caribe

Depois da medicina, o assunto que mais encanta Joaquim Roberto Costa Lopes, de 58 anos, é o mergulho. Na semana em que concedeu entrevista ao **Boletim da SBRH**, ele estava em Morro de São Paulo (BA), para onde foi “de mala e cuia” com o objetivo de realizar dois mergulhos, mas uma ressaca tornou o mar “impraticável, sem visibilidade”, como ele descreveu. Nessas circunstâncias, atender o prazo do jornalista foi quase impossível. Lopes teve que cassar um ponto de internet na ilha, o que não deve ter sido nada fácil.

Criado na Ilha de Itaparica (BA), aos 14 anos já era instrutor para o uso de máscaras. No início, mergulhava para pescar polvo e lagosta, sempre com o Bertinho, velho companheiro. “As máscaras e nadadeiras eram bastante rudimentares, incomparáveis com os maravilhosos equipamentos que temos hoje”, declarou.

Paraísos naturais

Hoje, continua a praticar mergulho livre com pesca de polvo, lagosta e, eventualmente, peixe, em apnéia, como manda o regulamento. Em 1997, após um curso de mergulho autônomo, habilitou-se por meio do certificado emitido pela National Association of Underwater (Nauí) (uma das maiores associações mundiais de mergulho) para praticá-lo em qualquer parte do mundo. A partir daí, mergulhou em diversos paraísos. Primeiro Aruba (no Caribe), depois Cozumel (no Caribe mexicano). E nunca mais parou: Cartagena (na Colômbia), Key Largo (na Flórida), Huatulco (no México) e, mais recentemente, San Andrés (no Caribe colombiano).

“Sem falar nos *points* fantásticos que temos no Brasil. Recife (PE) tem naufrágios incríveis, sobretudo o do navio Pirapama. Temos Fernando de Noronha

(PE), Ilha Grande (RJ), Cabo Frio (RJ) e Abrolhos (BA), onde fiz um *living aboard* por quatro dias e encontrei a maior variedade de peixes entre todos os mergulhos. E Salvador (BA) que também tem muitos naufrágios interessantes”, conta.

Cozumel foi um dos lugares que mais o encantou, pela riqueza em esponjas e corais de cores variadas. “Sobretudo pela visibilidade, que só voltei a encontrar em San Andres, no final do ano passado. Abrolhos tem boa visibilidade e uma biodiversidade animal impressionante”. As próximas viagens para praticar mergulho já estão agendadas: Mar Vermelho, Austrália e Polinésia.

Polvo à moda de Vigo

Ele não só pesca polvos, mas os cozinha, e isso faz parte de seu lazer. “Ensinaaram-me, na Bahia, a preparar um prato com polvo e me disseram que era polvo à moda de Vigo, uma região pesqueira na Galícia (Espanha). Encantei-me pelo modo de preparo: os polvos são cozidos inteiros, após pré-cozimento para amaciá-los, aos quais se juntam azeite de oliva, bastante alho e outros ingredientes”, conta ele, revelando o segredo.

Quando freqüentava um curso de reprodução assistida, em Barcelona, foi conhecer Vigo e comer o prato *in loco* (que considera “o manjar dos deuses”). “Aliás, para mim, o polvo é o melhor fruto que o mar já produziu”.

Chegando lá, para a sua surpresa, descobriu que nenhum restaurante típico conhecia o prato que haviam ensinado como “polvo à moda de Vigo”. “Acabei por ensinar aos viguenses o polvo à moda do Vigo”.

Badejo de bom tamanho

Outra história curiosa aconteceu em 1990. Saiu de barco para fazer caça submarina com um grupo de companheiros, mas o resultado foi “uma lástima”: a pesca rendeu pouco. No final do mergulho, a visibilidade era pouca, tinham que descer alguns metros para enxergar o fundo do mar. “Desci e, quando me preparava para subir e respirar, me deparei com um badejo de bom tamanho. Se subisse ele entraria na loca e, com a água pouco cristalina, poderia não voltar a encontrá-lo. Decidi descer e atirar no peixe, mesmo com o pouco fôlego restante. Ele resistiu e tentava



O fundo do mar no Caribe: diversidade marinha

entrar numa loca profunda, o que significaria perder o peixe e o arpão. Com o peixe lutando bravamente, enrolei a linha na mão e não o deixei entrar na loca. Nesse instante, apaguei e só recobrei a consciência na superfície quando respirei. Não me lembro do retorno ‘à flor d’água’. Quando olhei para baixo, o peixe estava em meia água, devidamente arpoado. Outros companheiros vieram me ajudar a embarcar o badejo, que pesava 11 quilos. Em casa, alguns médicos de Brasília, que passavam férias com suas famílias e comigo, fizeram a festa. Entretanto, tirei uma lição: mergulhar é um esporte seguro quando não vamos além dos nossos limites”.

Ele declara que o mergulho o relaxa e o leva a reflexões. “Tento deixar submerso o que não me aperfeiçoa como ser humano. Quando estou no fundo do mar, reflito sobre sua imensidão, onde somos apenas um ser na incomensurável diversidade de vidas em torno de nós. Ainda me pergunto: cabe tanta vaidade na espécie humana?”.



Esponjas e corais no mar do Caribe

Grandes contribuições para a tocoginecologia

Ivis Alberto Lourenço Bezerra de Andrade nasceu no dia 16 de março de 1940, em Santa Cruz (RN). Ainda jovem, despertou para os problemas sociais durante a militância na política estudantil. “Como a saúde ocupava, e ainda ocupa, importante lugar na questão social brasileira, a decisão pela medicina foi um caminho natural”, conta o dr. Ivis.

Tendo optado pela tocoginecologia como especialidade, seis anos depois qualificou-se em fertilidade e esterilidade como decorrência das demandas existentes na cidade de Natal (RN) e da necessidade de expansão do Departamento de Tocoginecologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Ao longo de seus 42 anos de exercício profissional, além das atividades do magistério universitário, distinguiu-se na ocupação dos cargos de secretário municipal de saúde de Natal (1986-1988), diretor da Maternidade-Escola da UFRN (1989-1994) e secretário de saúde do Rio Grande do Norte (1995-1996 e 2003-2004). Ivis Bezerra ocupou importantes cargos em sociedades médicas, entre elas a Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH), tendo participado de sua fundação, a Sociedade Brasileira de Climatério (Sobrac), a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e a Sociedade Brasileira de Ginecologia Endócrina (Sobrage), da qual é o atual diretor.

Implantou o Serviço de Reprodução Humana na Maternidade-Escola da UFRN, pioneiro no Rio Grande do Norte, participou da estruturação do Programa de Atenção à Saúde da Mulher no Sistema Único de Saúde do Rio Grande do Norte (SUS-RN), com a criação do Centro de Saúde Reprodutiva Professor Leide Moraes, unidade de referência da Secretaria Estadual de Saúde. Ajudou ainda a criar a primeira Comissão Estadual de Mortalidade Materna do Rio Grande do Norte, ponto de partida para a reestruturação da Rede de Assistência Obstétrica e Neonatal do SUS-RN.

Ivis Bezerra é casado há 25 anos, pai de três filhos e avô de três netos. Tem como *hobby* a leitura, com predileção pelos temas históricos, sobre os quais eventualmente escreve. Pratica futebol duas vezes por semana, sistematicamente, há 34 anos, “até quanto os joelhos permitirem”. Ivis também é um cinéfilo inveterado.



Ivis Bezerra

Professor adjunto de ginecologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), sócio fundador da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH), presidente da Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Rio Grande do Norte (Sogorn) e delegado da Sociedade Brasileira de Climatério (Sobrac) e da Sociedade Brasileira de Ginecologia Endócrina (Sobrage) no Rio Grande do Norte

Agenda

2006

JUNHO

20ª Jornada de Obstetrícia e Ginecologia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – O encontro acontecerá entre os dias 1º e 3 de junho, no Centro de Convenções Rebouças, localizado próximo ao Hospital das Clínicas, em São Paulo. O tema oficial do evento é Atenção Integral à Saúde da Mulher: Enfoque Interdisciplinar. Mais informações podem ser obtidas no Centro de Estudos Ayres Netto, pelo telefone (11) 3222-4254 ou pelo e-mail ayresnet@terra.com.br. O endereço eletrônico é www.cean-santacasa.org.br.

IV Jornada de Ginecologia e Obstetrícia do Vale do Paraíba
II Encontro Cultural de Campos do Jordão – Estes eventos estão programados para acontecer no Hotel Quatre Saisons, em Campos do Jordão (SP), entre os dias 29 de junho e 2 de julho, sob a coordenação do dr. Gregório Lorenzo Acácio. Os números de telefone para informações ainda não foram divulgados. Acompanhe novidades pelo site da SBRH (www.sbrh.med.br).

JULHO

X Congresso Brasileiro de Reprodução Assistida – Este evento acontece de 27 a 29 de julho, no Hotel Windsor Barra, Rio de Janeiro (RJ). Para obter mais informações, acesse o endereço eletrônico da Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (www.sbra.com.br).

AGOSTO

Simpósio de Mastologia da SGORJ – O encontro acontecerá nos dias 4 e 5 de agosto, no Hotel Flórida, no bairro do Catete, no Rio de Janeiro (RJ). Informações: (21) 2265-1525, 2285-0892, 2225-6061; eventos@sgorj.org.br.

Jornada de Obstetrícia e Ginecologia / VI Simpósio de Reprodução Humana Multidisciplinar / II Jornada de Biologia em Reprodução Humana / IV Fórum de Psicologia em Reprodução Humana – Os eventos acontecerão de 31 de agosto a 2 de setembro, na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São José do Rio Preto, em São José do Rio Preto (SP), sob a coordenação do dr. Edilberto de Araujo Filho. Os números de telefone para informações ainda não foram divulgados. Acompanhe novidades pelo site da SBRH: www.sbrh.med.br.

SETEMBRO

8th World Congress on Controversies in Obstetrics Gynecology & Infertility – O congresso acontecerá entre os dias 14 e 17 de setembro, em Salvador (BA). Para mais informações, o telefone é (71) 2106-1043.

VII Congresso de Ginecologia Endócrina da SGORJ – O congresso acontecerá nos dias 15 e 16 de setembro, no Colégio Brasileiro de Cirurgiões, em Botafogo, Rio de Janeiro (RJ). Informações: (21) 2265-1525, 2285-0892, 2225-6061; eventos@sgorj.org.br.



XXII Congresso Brasileiro de Reprodução Humana

De 4 a 7 de outubro de 2006

Curitiba-PR

XXII CONGRESSO BRASILEIRO
DE REPRODUÇÃO HUMANA

4 e 7 de outubro de 2006
Curitiba-PR

Informações e inscrições:

www.sbrh.med.br

Conferências

11h10-11h50 - 05, 06 e 07 de Outubro

17h15 às 18h - 05 e 06 de Outubro

- Síndrome dos ovários policísticos: Critérios, diagnósticos e conduta.
- Rastreamento e diagnóstico pré-natal em gestações pós-fertilização assistida.
- Como conduzir o tratamento do HPV na mulher infértil e na gestante.
- Aspectos atuais do tratamento da síndrome de tensão pré-menstrual.
- Síndrome da hiperestimulação ovariana: O que há de novo?
- Avaliação genética de casais inférteis: Quando, o que fazer?
- Congelamento de ovário: Onde estamos?
- Clonagem terapêutica: Aspectos atuais.
- Análise crítica dos tratamentos em infertilidade.
- Como melhorar as taxas de implantação?
- Situações especiais em climatério.
- Como conduzir o tratamento da mulher infértil portadora de endometriose?
- Climatério e câncer de mama.
- Estrogênios e proteção cerebral.
- Conduta na osteopenia e na osteoporose.
- Aspectos atuais da anticoncepção e doenças sexualmente transmissíveis / AIDS.
- O papel do LH na estimulação ovariana em reprodução assistida.
- Segurança e eficácia da testosterona: Passado, presente e futuro.
- Controle da ovulação: Mecanismos genético, biológico e bioquímico.
- O papel das cervicites na infertilidade.

Cursos

PRÉ-CONGRESSO

04 de Outubro - quarta-feira

13h30 às 18h

- 1 - Recentes avanços em contracepção.
- 2 - Laparoscopia e histeroscopia.
- 3 - Infertilidade.
- 4 - Sexualidade da adolescência ao climatério.
- 5 - Ginecologia infanto-puberal.
- 6 - DST Abordagem prática.

Cursos

INTRA-CONGRESSO

05, 06 e 07 de Outubro

07h30 às 09h

- 1 - Aspectos atuais do climatério.
- 2 - Recentes avanços em medicina fetal.
- 3 - Aspectos atuais da reprodução assistida.
- 4 - Endocrinopatias e infertilidade.
- 5 - Recentes avanços em andrologia.
- 6 - Diagnósticos por imagem.



FICHA DE INSCRIÇÃO

XXII CONGRESSO BRASILEIRO DE

REPRODUÇÃO HUMANA

4 a 7 de Outubro de 2006 - CURITIBA-PR

INSTRUÇÕES PARA EFETIVAR SUA INSCRIÇÃO:

1. **SITE:** preencha diretamente no site a ficha de inscrição no site do congresso: www.sbrh.med.br

2. **CORREIO:** preencha a ficha de inscrição e envie juntamente com cheque cruzado e nominal a SBRH - Sociedade Brasileira de Reprodução Humana, para o endereço: EKIPE DE EVENTOS, Avenida Sete de Setembro, 4857, cep: 80240-000, Curitiba-PR.

NOME COMPLETO (será impresso no Certificado):

NOME PARA CRACHÁ:

CRM n.º:

UF:

CPF (campo obrigatório):

(Demais profissionais, informar conselho; ex.: COREN, CRF)

ENDEREÇO COMPLETO:

CEP:

CIDADE:

UF:

TELEFONE (contato): (____)

E-MAIL:

SUA PARTICIPAÇÃO	Assinale sua categoria:	Assinale sua opção de curso :			
	Sócios SBRH (em dia) /Febrasgo	<input type="checkbox"/>	01 curso (pré ou intra)	<input type="checkbox"/>	
	Não-sócios	<input type="checkbox"/>	Curso n.o ____ ()pré ()intra		
	Demais profissionais	<input type="checkbox"/>	02 cursos (01 pré + 01 intra)	<input type="checkbox"/>	
	Residentes*	<input type="checkbox"/>	Curso pré n.º ____ + Curso intra n.º ____		
Estudantes de graduação*	<input type="checkbox"/>				
Adesão ao Congresso: R\$ _____		+	Curso (s) : R\$ _____	=	Total : R\$ _____

Verifique os valores na tabela abaixo.

	Categoria	Valores até 17/03/2006	De 18/03 a 10/06/2006 **
	CURSOS	Sócios SBRH (em dia) / Febrasgo	R\$ 180,00
Não-sócios		R\$ 220,00	R\$ 260,00
Demais profissionais		R\$ 180,00	R\$ 220,00
Residentes*		R\$ 130,00	R\$ 150,00
Estudantes de graduação*		R\$ 130,00	R\$ 150,00
01 curso (pré ou intra)		R\$ 50,00	R\$ 50,00
02 cursos (01 pré + 01 intra)		R\$ 80,00	R\$ 80,00

*Enviar comprovação via fax: (41) 3342-5062 ou email: ekipe@ekipedeeventos.com.br

**Após 10 de junho, novos valores entrarão em vigor.

Utrogestan 100 mg também voltou.

Maior flexibilidade para o fertileuta.

Utrogestan®

progesterona
natural micronizada

Infertilidade

- Eficaz nos defeitos da fase lútea⁽¹⁾
- Progesterona de escolha na insuficiência lútea⁽²⁾

Apresentações

- Caixa contendo blisters
30 caps. com 100 mg
14 caps. com 200 mg

Produto fabricado na França



Referências bibliográficas: (1) - Daya S, Ward S, Surwit E. Progesterone profiles in luteal phase defect cycles and outcome of progesterone treatment in patients with recurrent spontaneous abortion. Am J Obstet Gynecol 1988; 158: 225-30. (2) - Dani LJ. Alterações do Desenvolvimento Folicular e Defeitos da Fase Lútea. In: Basso NE, Acosta AA, Ferroni J. Indução da Ovuulação. São Paulo: Editora Atheneu, 1999. p 60-64.

"A PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO."



Laboratoires
Besins International
Spécialiste en hormonothérapie

FQM
Farmoquímica
A Arte de Diagnosticar Saúde



O menor e
mais avançado
adesivo
disponível^(1,2,3)

EstradotTM
17 β -estradiol

O MINI ADESIVO



- Ótimo perfil de adesividade: superior a 98%⁽³⁾
- Baixos índices de reações cutâneas em comparação aos adesivos de 1^a e 2^a gerações⁽⁴⁾
- A via transdérmica apresenta menor risco de problemas cardiovasculares e tromboembolismo venoso, comparada aos orais^(5,6,7,8)

novartis **trh** transdérmica

MINIBULA ESTRADOT* Apresentação: Sistema Terapêutico Transdérmico contendo estradiol liberando 25, 50 ou 100 mcg/dia. **Indicações:** Indicado para deficiência de estrogênio devido à menopausa; prevenção de osteoporose pós-menopausa. **Posologia:** Aplicação a cada 3-4 dias **Contra-indicações:** suspeita ou câncer de mama conhecido; suspeita ou câncer do endométrio conhecido ou outra neoplasia dependente de estrogênio; sangramento genital anormal sem diagnóstico; doença hepática grave; porfiria; trombose venosa profunda ativa, distúrbios tromboembólicos conhecidos ou história pessoal conhecida dessas condições, hipersensibilidade conhecida aos componentes dos sistemas terapêuticos, gravidez e lactação. **Precauções e advertências:** Insuficiência cardíaca, hipertensão, distúrbios da função hepática ou renal, epilepsia, enxaqueca, asma, doenças da mama associadas com o aumento do risco de câncer de mama, leiomioma uterino, endometriose, diabetes, história familiar de câncer de mama, história de icterícia relacionada a estrogênios, histórico familiar de tromboembolismo venoso, lúpus eritematoso sistêmico, varizes graves ou obesidade, trauma ou cirurgia que requerem repouso na cama, hipertrigliceridemia familiar, história de abortos espontâneos recorrentes deve ser investigada para excluir predisposição tromboembólica. A monoterapia prolongada com estrogênios aumenta o risco de hiperplasia e de carcinoma endometrial, a menos que seja suplementada com a administração sequencial de um progestágeno. **Reações adversas:** Irritação da pele no local de aplicação. Desconforto da mama; sangramento súbito; spotting, hiperplasia endometrial. Muito raro: distúrbios tromboembólicos, prurido ou exantema generalizado, reações anafiláticas, enxaqueca. **Uso adulto. Venda sob prescrição médica - Informações adicionais mediante solicitação ao Departamento Médico da Novartis. Reg. MS. 1.0068.0895**

Referências Bibliográficas: 1. Estradot - Monografia do produto 2. Monografia System* (Marca registrada J&J) - página 14 - MONOSYS01/96 3. Mantelle J. Optimizing adhesion with DOT matrix™ patch technology. Poster P-05-19, presented at the on the 10th World Congress on the Menopause. Climateric 2002;5(suppl 1):133. 4. Toole J, Silagy S, Maric A et al. Evaluation of irritation and sensitisation of two 50 microg/day oestrogen patches. Maturitas 2002;43(4):257-63. 5. Scarabin PY, Oger E, Plu-Bureau G, Estrogen and Thromboembolism Risk Study Group. Differential association of oral and transdermal oestrogen-replacement therapy with venous thromboembolism risk. Lancet 2003;362(9382):428-32. 6. Samsioe G. The role of ERT/HRT. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2002;16(3):371-81. 7. Vehkavaara S, Silveira A, Hakala-Ala-Pietila T et al. Effects of oral and transdermal estrogen replacement therapy on markers of coagulation, fibrinolysis, inflammation and serum lipids and lipoproteins in postmenopausal women. Thromb Haemost 2001;85(4):619-25. 8. Falco C, Tormo G, Estelles A et al. Fibrinolysis and lipoprotein(a) in women with coronary artery disease. Influence of hormone replacement therapy. Haematologica 2001;86(1):92-8.

SIC
SERVIÇO DE INFORMAÇÕES
AO CLIENTE
0800 888 3003
sic.novartis@novartis.com

NOVARTIS

NOVARTIS BIOCÊNCIAS S.A.
Setor Farma - Av. Prof. Vicente Rao, 90
FAX 5532-4556 - São Paulo - SP - 04706-900
Caixa Postal 21460 - TM= Marca depositada
www.novartis.com.br