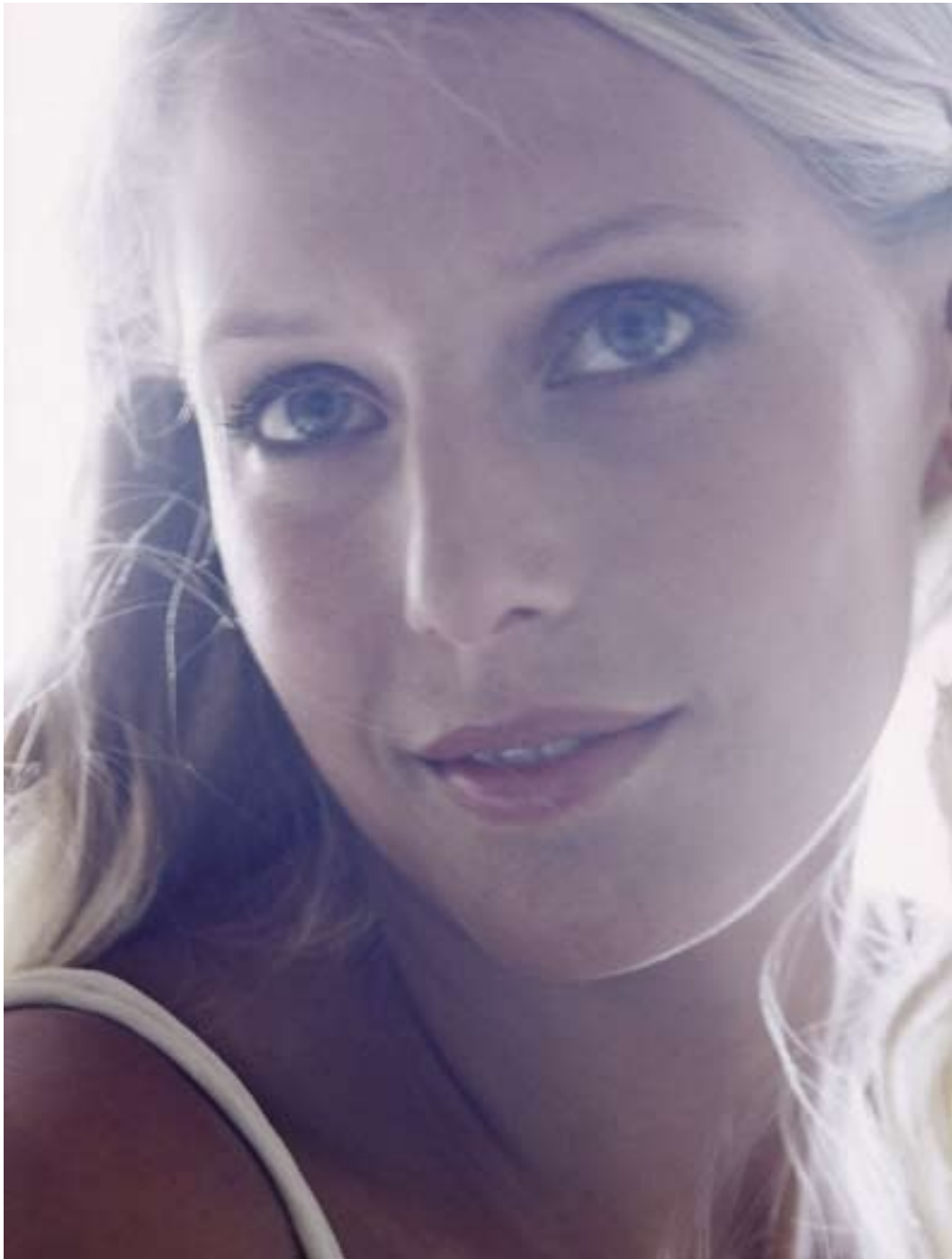


Boletim da
SBRH

Ano 5 • Número 3 • 2007



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, Survick E. Progesterone profiles in luteal phase defect cycles and outcome of progesterone treatment in patients with recurrent spontaneous abortion. Am J Obstet Gynecol 1989; 156: 225-30. (2) - Day L. Alterações do Desenvolvimento Fetal e Defeitos da Fase Lútea. In: Basso NE, Accoto AA, Ferretti J, Indução da Ovulação. São Paulo: Editora Atheneu, 1993. 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



Seis décadas de existência

A Sociedade Brasileira de Reprodução Humana acaba de completar 60 anos. Fundada em 1947 no Rio de Janeiro por Dr. Arthur Campos da Paz Filho, a entidade nasceu com outro nome: Sociedade Brasileira de Fertilidade. A atual designação, que remonta ao ano de 1974, surgiu a partir da federalização da instituição, que permitiu a disseminação dos conceitos de reprodução humana para todo o País.

Nessas seis décadas de existência, a história da SBRH acompanhou de perto os grandes avanços da ciência — e muitas vezes se confundiu com eles. Das pílulas anticoncepcionais aos clones, do bebê de proveta às células-tronco, os especialistas brasileiros das diversas áreas que envolvem a reprodução humana nunca se furtaram a seus compromissos com a sociedade civil, seja no debate de idéias, na prestação de esclarecimentos, na investigação científica e, é claro, na defesa de opiniões. Na prática, a SBRH contribuiu de forma decisiva para que a nação pudesse pensar a ciência e lidar com novos paradigmas, sempre de forma multidisciplinar.

Ainda há muito por fazer nos próximos 60 anos. Infelizmente, o País nem sequer conseguiu formular uma legislação para a fertilização *in vitro*, que, aliás,

está completando 30 anos: a concepção de Louise Brown, o primeiro bebê de proveta, aconteceu em 1977. Ela nasceu no ano seguinte.

Nesta edição comemorativa abordamos, ainda, um tema atual que é muitas vezes objeto de dúvida na prática clínica, a vacina contra o HPV. Convidamos dois especialistas com ampla experiência na área para falar da eficácia da droga no combate ao papilomavírus, que está presente em mais de 90% dos casos de câncer do colo do útero. E ainda: um perfil bem-humorado do professor Hans Wolfgang Halbe, um dos expoentes da ginecologia brasileira e organizador do Centro de Reprodução Humana do Hospital das Clínicas.

Aproveitamos esta oportunidade para convidá-lo a acessar nosso portal (www.sbrh.org.br). A SBRH se prepara para o XXIII Congresso Brasileiro de Reprodução Humana, que acontecerá de 26 a 29 de novembro de 2007 em São Paulo. Os detalhes estão em nosso endereço eletrônico. Prepare-se!

Dirceu Henrique Mendes Pereira

Presidente da 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. sbrh@terra.com.br; www.sbrh.org.br

Diretoria (biênio 2007-2008)

Presidente: Dirceu Henrique Mendes Pereira **1º Vice-presidente:** Sebastião de Freitas Medeiros **2º Vice-presidente:** Ricardo Mello Marinho
Secretário executivo: Artur Dzik **Secretário adjunto:** Claudio Barros Leal **Tesoureira geral:** Nilka Fernandes Donadio
Tesoureiro adjunto: Marcelino Hofmeister Poli **Diretora científica:** Claudete Reggiani
Presidente do Conselho de Delegados: Waldemar Naves do Amaral

Boletim da SBRH (biênio 2007-2008)

Comissão editorial: Gilberto da Costa Freitas (presidente), Cassiana Galvão Giribela, Sergio Conti Ribeiro, Renato Fraietta, Luciano de Melo Pompei

Jornalista responsável: Giuliano Agmont MTb 29.055

Colaboradora: Andrea Polimeno

HPV: vacinar ou não?

Quem responde são os ginecologistas Fábio Laginha e Maricy Tacla, que conhecem bem o problema: o HPV está presente em mais de 90% dos casos de câncer do colo do útero



Dr. Fábio Laginha, chefe do Serviço de Ginecologia do Hospital Nove de Julho, médico do Hospital Pérola Byington e investigador principal do estudo Future II da vacina quadrivalente recombinante contra HPV

Apenas mulheres de 9 a 26 anos de idade podem ser submetidas à vacinação no Brasil, conforme autorização e orientação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gestantes também não devem tomar a vacina

Os papilomavírus humanos (HPVs) são vírus sexualmente capazes de induzir lesões de pele ou mucosa em regiões como vagina, colo do útero, pênis e ânus. Em geral, mostram um crescimento limitado e regredem espontaneamente. Mas dentre os mais de 200 subtipos diferentes de HPV existem os de alto risco (16, 18, 31, 33, 45, 58 e outros), que estão relacionados a tumores malignos. Esses subtipos têm papel importante no desenvolvimento da neoplasia das células cervicais e em sua transformação em células cancerosas. O HPV está presente em mais de 90% dos casos de câncer do colo do útero, a terceira neoplasia maligna mais comum entre as mulheres e a quarta causa de morte por câncer em indivíduos do sexo feminino no Brasil.

Desde o ano passado, o Brasil conta com a vacina quadrivalente de HPV, a única até agora aprovada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), embora haja outras em estudo. Trata-se de uma droga que previne a infecção dos papilomavírus tipos 6 e 11, presentes em 90% dos casos de verrugas genitais e não associadas a tumores malignos, e também dos tipos 16 e 18, de alto risco de câncer do colo do útero e presentes em 70% dos casos. A vacina estimula a produção de anticorpos específicos para cada subtipo de HPV (veja o quadro). Afinal, as pessoas devem ou não se vacinar contra o HPV?

Para a Dra. Maricy Tacla, ginecologista e professora do Departamento de Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, e o Dr. Fábio Laginha, chefe do Serviço de Ginecologia do Hospital Nove de Julho, médico do Hospital Pérola Byington e investigador principal do estudo Future II da vacina quadrivalente recombinante contra HPV, a resposta é sim: as mulheres devem tomar a vacina contra HPV. Isso não significa, porém, que o resultado seja o mesmo para todas elas, tampouco que a vacina substitua os exames preventivos, ou, ainda, que o uso possa ser indiscriminado.

“Em princípio, qualquer mulher poderia ser vacinada. Mas, por enquanto, as evidências mostram que os resultados são melhores nas que não foram expostas ao vírus”, explica a ginecologista Maricy Tacla. “Por isso, apenas mulheres de 9 a 26 anos de idade são submetidas à vacinação no Brasil, conforme autorização e orientação da Anvisa.” Segundo ela, a intenção que se revela nas pesquisas é a de vacinar toda a população, mas os estudos estão em andamento. “Acho que é uma questão de tempo para se avançar nos estudos e liberar a vacina para mulheres de outras faixas etárias”, prossegue Dra. Maricy.

Dr. Fábio Laginha concorda: “O melhor momento para a mulher se vacinar é antes do início da vida sexual, quando ela começa a se contaminar pelos di-

versos HPVs”. O ginecologista informa que cerca de 80% da população sexualmente ativa tiveram ou têm infecções ativas ou latentes por algum tipo de HPV. “Como a vacina tem caráter profilático, as mulheres que ainda não foram expostas ao vírus terão maior benefício, justamente pela menor possibilidade de já estarem contaminadas”.

Dentre as mulheres que estão na faixa etária dos 9 aos 26 anos, a restrição absoluta do uso da vacina está limitada àquelas pacientes com história de hipersensibilidade aos componentes da vacina. A vacina também não é recomendada na gravidez (categoria B). De acordo com as pesquisas, as mulheres que gestaram no período vacinal tiveram resultado adverso semelhante ao grupo placebo. Mas a vacina durante a amamentação está liberada.

A vacinação de homens e mulheres fora da faixa etária indicada pelas autoridades de saúde ainda está sendo avaliada em estudos. “Verrugas genitais e lesões precursoras não aparecem apenas neste período. Poderão ser beneficiados integrantes de outros grupos de risco com doenças ou condições de baixa imunidade, como portadores de HIV e transplantados, e também crianças ou mulheres vítimas de abuso sexual. Além disso, a vacinação poderá auxiliar na prevenção do câncer anal e da papilomatose laríngea recorrente”, acredita Dr. Laginha.

O melhor momento para a mulher ser vacinada é antes do início da vida sexual, quando ela começa a se contaminar pelo HPV. Cerca de 80% da população sexualmente ativa teve ou tem infecções ativas ou latentes por algum tipo de HPV

A ginecologista Maricy Tacla diz que não há indicação de nenhum exame prévio para que a mulher administre a vacina. “Pelo menos por enquanto”, informa ela. O responsável pelo Serviço de Ginecologia do Hospital Nove de Julho faz coro e afirma que os riscos da vacinação são baixos, mas reitera que estudos mais consistentes para avaliar o potencial de ganho para outros grupos fora da faixa etária entre 9 e 26 anos estão em andamento. “Quando consideramos a vacinação, devemos pensar em termos populacionais,

Dra. Maricy Tacla, ginecologista e professora do Departamento de Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo



nos quais o ganho se faz também por uma rede de proteção”, diz Dr. Fábio Laginha. “Ainda assim, como não existe proteção contra todos os tipos de HPVs, não devemos suspender os exames de prevenção de rotina”, complementa.

Segundo o Instituto do Câncer, ligado ao Ministério da Saúde, a duração da imunidade conferida pela vacina contra o HPV continua indeterminada. Até o momento, na verdade, só se tem alguma convicção de uma proteção de cinco anos e, embora se trate da mais importante novidade surgida no combate ao câncer do colo do útero, ainda é preciso delimitar qual seu alcance sobre a incidência e a mortalidade da doença.

Existe uma população sentinela que faz controle dos níveis de anticorpos cinco anos à frente da liberação da vacina e que indicará se ocorrerá alguma queda desses níveis. Também existe uma memória vacinal que aumenta prontamente os títulos nas pessoas já vacinadas, possibilitando proteção.

O que é a vacina?

A vacina é a capa do vírus sem qualquer genoma em seu interior. Os pesquisadores identificaram a parte principal do DNA que codifica o HPV para a fabricação do capsídeo viral (parte que envolve o genoma do vírus). Depois, usando um fungo (*Saccharomyces cerevisiae*), obtiveram apenas a “capa” do vírus, que em testes preliminares mostrou induzir a produção de anticorpos quando administrada em humanos. Essa “capa” viral é chamada de partícula semelhante a vírus (em inglês, *virus like particle* ou VLP).

60 anos de desafios

A Sociedade Brasileira de Reprodução Humana completa seis décadas de existência e mostra a importância de uma entidade multidisciplinar diante das polêmicas em torno dos avanços da biotecnologia

A Sociedade Brasileira de Reprodução Humana completa 60 anos de existência em 2007. São seis décadas de participação ativa diante das transformações de conceitos no Brasil e no mundo. Fundada no Rio de Janeiro, em 1947, por Dr. Arthur Campos da Paz Filho — e batizada originalmente como Sociedade Brasileira de Fertilidade —, a SBRH acompanhou de perto os avanços biotecnológicos que mudaram paradigmas das nações contemporâneas. Em muitos momentos, a história da entidade se confundiu com a da ciência. Principalmente porque a reprodução humana é, e sempre foi, uma das áreas que mais desafia os limites da imaginação do homem. Não por acaso tornou-se um campo do conhecimento marcado por polêmicas. Marcado também por conquistas. No Brasil, a SBRH teve papel de destaque nesse processo, reunindo em torno de si profissionais das mais diversas especialidades para amparar a sociedade, seja no debate de idéias, seja na investigação científica.

Quando a SBRH surgiu, logo após o fim da Segunda Guerra Mundial, a medicina ainda engatinhava. “Os tratamentos para casais inférteis utilizados naquela época jamais seriam tolerados pelos atuais padrões sanitários. Os médicos faziam transfusões de sangue de gestantes para mulheres que não conseguiam engravidar ou, então, aplicavam gonadotrofina extraída do soro de égua prenha”, lembra o presidente da SBRH,



Dr. Dirceu Henrique Mendes Pereira é ginecologista especializado em fertilidade e presidente da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH)

Dirceu Henrique Mendes Pereira. Mas o ginecologista Arthur Campos da Paz Filho sabia que uma revolução ainda estava por vir. Articulador nato, ele mobilizou a comunidade médica brasileira a partir de seus muitos contatos internacionais e deu o primeiro passo para as grandes pesquisas na área de Reprodução Humana no País.

Marco divisório

Na década de 1960, surgia o primeiro grande avanço da área: a pílula anticoncepcional. Ela foi o primeiro de uma série de avanços que mudaram para sempre a vida das pessoas, particularmente das mulheres. No Brasil, não foi diferente. Em menos de uma década, mais precisamente em 1974, a então Sociedade Brasileira de Fertilidade cresceu. Um evento, no Copacabana Palace, no Rio de Janeiro, com 60 especialistas do mundo todo, marcou a federalização da entidade, que passou a se chamar SBRH, ganhou um estatuto mais abrangente e permitiu a criação de delegacias em todas as capitais. “A entidade tornou-se multidisciplinar, congregando médicos de diversas especialidades, advogados, psicólogos, enfermeiros, sociólogos, assistentes sociais, biólogos, entre outros. Além do atendimento a casais inférteis, a reprodução humana também abrange o planejamento familiar”, explica Dr. Dirceu.

O planejamento familiar, aliás, foi uma das grandes bandeiras da SBRH durante a década de 1970. Infezivelmente, a resistência de setores da sociedade, em especial a da Igreja Católica, fez com que o País não conseguisse evitar a explosão demográfica que hoje compromete o equilíbrio ambiental e também o crescimento desenfreado dos bolsões de pobreza. Outro marco na história da reprodução humana aconteceu em 1978, quando o mundo assistiu assombrado ao nascimento do primeiro bebê de proveta, a inglesa Louise Brown. No Brasil, a fertilização *in vitro* aconteceria seis anos depois, e a primeira criança concebida a partir da nova técnica, Ana Paula Caldeira, nasceria em 1984, mesmo ano do mais importante evento da história da SBRH: o congresso “Mulher aos 35 anos – desafios e conquistas”. Realizado em São Paulo, no Parque do Anhembi, o encontro reuniu mais de 2.500 congressistas.

O ensino e a prática

Na década de 1970, a SBRH assumiu a responsabilidade de difundir os conceitos de reprodução humana por meio de congressos, simpósios, palestras e *workshops*. Também trabalhou para cobrir uma lacuna nas universidades, que não tinham uma cadeira de reprodução humana no currículo do curso de medicina, com exceção de Salvador (BA) e Juiz de Fora (MG). “A SBRH era a única entidade que estimulava o ensino e a prática de reprodução humana”, lembra o presidente.

A partir da década de 1990, os avanços científicos na área biomédica tornaram-se cada vez mais velozes. Começou com a micromanipulação para a introdução de um espermatozóide em um óvulo, aumentando de 30% para 80% a taxa de sucesso de fertilização do óvulo, passou pela clonagem e a codificação do genoma humano, e agora os cientistas trabalham nas pesquisas com células-tronco. Boa parte dos avanços esbarrou e ainda esbarra em questões éticas. O princípio da vida, os critérios de utilização de clonagens, o destino dos embriões congelados e a utilização de células-tronco são apenas algumas das questões que estão em aberto e merecem discussões amplas por todos os setores da sociedade. A SBRH continua fazendo sua parte, esclarecendo e ajudando a formar opiniões sobre temas muitas vezes controversos ao mesmo tempo que estimula a pesquisa científica. Afinal, os próximos 60 anos serão de muito trabalho.

A evolução da espécie

- 1960 – Estados Unidos aprovam o uso da pílula anticoncepcional, uma combinação dos hormônios estrogênio e progestógeno administrada oralmente para inibir a fertilidade da mulher.
- 1975 – Aplicação da técnica de reconstrução das trompas de Falópio e do canal deferente por meio de microcirurgia.
- 1978 – Nasce o primeiro bebê de proveta, a inglesa Louise Brown, concebida a partir da fertilização *in vitro*.
- 1980 – A ultra-sonografia torna-se um dos mais importantes métodos de investigação diagnóstica, utilizado principalmente em gestantes.
- 1983 – Surge a ultra-sonografia transvaginal, o que facilitou significativamente a captação de óvulos.
- 1992 – Descrição da técnica da injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), na qual é necessário apenas um espermatozóide para fecundar cada oócito.
- 1996 – A ovelha Dolly é o primeiro mamífero a ser clonado com sucesso a partir de uma célula adulta.
- 2000 – O laboratório Celera Genomics anuncia ter seqüenciado 100% do conjunto de genes (genoma) da espécie humana, aprimorando o estudo da reprodução, da herança, da variação e de aspectos relacionados à descendência do homem.
- 2004 – O Brasil inicia as pesquisas com células-tronco embrionárias. Em breve, espera-se que o País possa criar gametas a partir dessas células.

Todos os presidentes da SBRH

| | |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| 1947-1974* | 1993-1994 |
| Arthur Campos da Paz Filho | Salim Wehba |
| 1975-1978 | 1995-1996 |
| Milton S. Nakamura | Álvaro Petracco |
| Elsimar Metzger Coutinho (de honra) | 1997-1998 |
| 1979-1982 | Kleber de Melo Moraes |
| Waldemar Diniz Pereira de Carvalho | 1999-2000 |
| 1983-1984 | Aroldo Fernando Camargos |
| Elsimar Metzger Coutinho | 2001-2002 |
| 1985-1986 | Joaquim Roberto Costa Lopes |
| Ronald Bossemeyer | 2003-2004 |
| 1987-1988 | Nilson Roberto de Melo |
| Nilson Donadio | 2005-2006 |
| 1989-1990 | Claudete Reggiani |
| Dirceu Henrique Mendes Pereira | 2007-2008 |
| 1991-1992 | Dirceu Henrique Mendes Pereira |
| José Weydson de Barros Leal | |

*Sociedade Brasileira de Fertilidade

O colecionador de *canetas*



A vida do ginecologista Jonathas Borges Soares é agitada. Ele não pára. Aos 52 anos de idade e pai de cinco filhos, este especialista em reprodução humana atende a pacientes em seu consultório particular e também nos hospitais Albert Einstein e Pérola Byington, dirige o Laboratório do Projeto Alfa, que é a Associação de Laboratórios de Fertilização Assistida, e ainda orienta os alunos de pós-graduação da Faculdade de Medicina do ABC. Mas, além de ajudar casais a realizar o sonho de ser pais e ainda de cuidar da própria família, Jonathas encontra tempo para se dedicar a outra de suas paixões: colecionar canetas.

Pois é, ele tem mais de mil exemplares, alguns deles bastante raros e preciosos, reunidos desde a época em que era residente. “É o meu grande *hobby*. Vivo fuçando nos sites de leilão eletrônico e conversando com outros colecionadores. Já fui até buscar canetas na Europa”, conta Jonathas, entusiasmado. “A caneta é um símbolo da civilização humana... por intermédio dela transferimos para o papel nosso pensamento, nossa história e os perpetuamos. Além disso, é uma peça belíssima, muitas vezes usada na assinatura de documentos que mudaram os rumos da história e, é claro, dotada de uma sofisticação tecnológica sem igual”.

Uma das peças mais valiosas da coleção do Dr. Jonathas é o modelo “Agatha Christie” da edição limitada da marca Montblanc em homenagem a grandes nomes da literatura. A caneta de pena, comprada no início da década de 1990 por pouco mais de 700 reais, vale hoje pelo menos dez vezes mais. “Eu tenho a coleção completa dos escritores, que conta ainda com modelos do (Ernest) Hemingway, do Julio Verne, do (Franz) Kafka, entre outros”, enumera o médico. “Devo ter aproximadamente 230 canetas de valor histórico ou de marcas importantes. Tenho, por exemplo, uma Parker de 1930 e também uma caneta em ouro e laca verde lançada por uma empresa italiana chamada Aurora em homenagem aos 500 anos do Brasil, com apenas 500 unidades no mundo, além de modelos Visconti, Pelikan, Delta, EstherBrock, Faber Castell, Sheaffer, Lamy, Waterman, Cross e outros.” O Dr. Jonathas calcula que deva ter hoje um patrimônio considerável em canetas – talvez o equivalente a um bom carro importado –, que, evidentemente, não está à venda.

Mas nem só de peças de alto valor agregado vive a coleção do Dr. Jonathas. “Também guardo canetas de propaganda dos eventos médicos que participo. Tenho centenas de canetas que ganhei, por exemplo, em congressos e palestras. O importante é que nenhuma é repetida.” Embora as canetas tenham sido projetadas para escrever, o uso que o Dr. Jonathas faz delas raramente é esse. Ele mais as limpa do que qualquer outra coisa. As mais preciosas ficam guardadas e só saem de lá em ocasiões especiais,



O médico Jonathas Soares tem mais de mil exemplares, entre esferográficas, de pena, lapiseiras e as chamadas *rollerball*: “Às vezes, aproveito viagens a congressos no exterior para trazer novas canetas para minha coleção”

diferentemente de outra coleção do ginecologista Jonathas Soares, a de miniaturas de carros. São centenas de carrinhos, que ficam expostos no consultório e também na casa dele. Bom, mas aí é uma outra história, para outra reportagem.



Ao mestre, com carinho

A trajetória do professor Hans Wolfgang Halbe, organizador do Centro de Reprodução Humana do Hospital das Clínicas e um dos nomes mais importantes da Ginecologia brasileira

O ginecologista Hans Wolfgang Halbe tem uma grande satisfação na vida: colher os frutos que plantou. A julgar pela quantidade de sementes que espalhou, é de se supor que este alemão de olhar acolhedor tenha motivos de sobra para estar realizado: “Ao perguntar a um grupo de pessoas quem foi o ganhador do Prêmio Nobel de um ano qualquer provavelmente poucas saberão. Em compensação, muitos desse mesmo grupo seguramente responderiam sem pestanejar o nome de um professor da faculdade ou até da escola”.

Halbe era um bebê de colo quando chegou ao Brasil, em 1934. Seu pai, engenheiro, partira às pressas de Hamburgo, ainda solteiro, por motivos políticos. Pouco tempo depois, sua mãe, aos 17 anos de idade, viera ao encontro do noivo. “Fui concebido em São Paulo, nasci em Berlim e voltei para São Paulo, de onde nunca mais saí”, conta Halbe, que se considera um legítimo paulistano. A infância da família de imigrantes alemães no Brasil não foi fácil, mas o menino, que cresceu no Colégio São Bento, adaptou-se bem e descobriu cedo o que queria ser: doutor.

Quando entrou na Universidade de São Paulo (USP), em 1951, ainda não sabia que médicos nunca se formam. Aprendeu logo que a carreira médica depende fundamentalmente de dedicação e soube como poucos valorizar as lições da universidade, principalmente depois de ter seus estudos ameaçados antes mesmo de começá-los. “Eu trabalhava como monitor no Colégio São Bento e precisava do dinheiro para ajudar em casa. Seria impossível conciliar o emprego com a faculdade. Foi então que um dos monges beneditinos, Dom Teodoro Kok, conseguiu uma bolsa para mim, do Sebastião Camargo, da Construtora Camargo Correia, um homem notável e grande benfeitor”, recorda Halbe.



Dr. Hans Wolfgang Halbe,
professor livre-docente de
Ginecologia e Obstetrícia da
Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo

Sorte da medicina, que via nascer um de seus mais notáveis expoentes. Hans Halbe seguiu o curso normal da maioria de seus pares. Fez estágio, passou por clínicas e hospitais, estudou muito e contou com o apoio de inúmeros mestres. Ele cita nomes como Paulo de Paula e Silva, José Gallucci, José Bonifácio Medina, Bussamara Neme e Linneu Schützer. Uma das passagens iniciais da carreira do então estudante de medicina ajuda a explicar o espírito pioneiro desse alemão de alma brasileira:

“Estagiei com o professor Zerbini. Eu instrumentava suas operações nos corações de cachorros”. Mais tarde, Euryclides de Jesus Zerbini tornou-se internacionalmente conhecido por ter realizado o primeiro transplante de coração no Brasil. “Também instrumentei para Edmundo Vasconcelos e Silvano Raia, exímios cirurgiões”.

Outra passagem decisiva na carreira de Hans foi a Clínica Infantil do Ipiranga, bairro da Zona Sul de São Paulo, onde tomou gosto pela Obstetrícia. Dali, o curso natural da profissão foi a residência de Ginecologia e Obstetrícia no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. “Sempre achei impossível fazer Ginecologia sem a Obstetrícia, pois fazem parte da mesma especialidade: a ciência de cuidar da saúde das mulheres”. Seu destino estava traçado!

Hans formou-se em 1958. Após a residência foi preceptor de residentes e depois médico-assistente, sempre orientando estagiários e residentes. Em 1962, montou seu primeiro consultório, na rua Pamplona, no bairro dos Jardins. Logo depois, em 1965, defendeu sua tese de doutorado sobre a síndrome dos ovários policísticos pela FMUSP, onde se tornaria professor livre-docente de Ginecologia e Obstetrícia três anos mais tarde, em 1968. A essa altura da vida ele já tinha uma das poucas certezas que um médico pode ter na carreira: “Nada se conquista sozinho. Devo muito do que tenho a meus bons conselheiros, meus bons tutores e bons amigos”. Durante oito anos cumpriu plantões aos sábados na Maternidade da Beneficência Portuguesa, chefiada por Reynaldo Machado. “Não pode ser bom obstetra quem não dá plantões”, diz ele, convicto.

Hans Halbe nunca parou de estudar, tampouco de pesquisar. “Quem pesquisa ensina e atende melhor; o pesquisador é melhor médico e melhor professor”. Em 1973, mudou-se para a Avenida Brigadeiro Faria Lima, em frente ao badalado Shopping Iguatemi.

Em 1983, mudou-se novamente, agora para a Rua Bento de Andrade, onde está até hoje. “Minha atuação mistura muito Ginecologia com Endocrinologia, já que as queixas mais recorrentes das pacientes dizem respeito justamente à menstruação e à ovulação”.

Na década de 1980, Halbe despontou na comunidade médica brasileira. Herdou a incumbência

de produzir o “Tratado de Ginecologia” e o fez com excelência. O livro, certamente um dos mais importantes para especialistas da área no Brasil, já está na terceira edição e deverá ser atualizado em breve. “Não havia nada que esgotasse o assunto em fins dos anos 1980. Eu já havia feito o índice e decidi editar o livro”. Alguns anos depois, ele recebeu outra importante incumbência: montar o curso de pós-graduação de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da USP. “Eu gozava da confiança do professor Medina e acabei ficando com essa responsabilidade. Orientei muita gente boa que hoje está por aí e essa é uma das minhas grandes satisfações”. Halbe faz questão de salientar também sua passagem pela presidência da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), na qual sucedeu o amigo professor Weydson de Barros Leal, e também pela presidência do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Associação Paulista de Medicina. Neste ínterim, tornou-se cidadão mariliense e professor fundador da Faculdade de Medicina de Marília (Famema). “Nesta faculdade, onde tenho um de meus melhores amigos, Donaldo Cerci da Cunha, o ensino é de excelente qualidade, graças à dedicação do corpo docente”.

Em 2002, no auge da carreira, Halbe foi indicado por José Aristodemo Pinotti e Sami Arap para integrar a equipe do Centro de Reprodução Humana do Hospital das Clínicas. Ele ficou responsável pela área de Ginecologia e convidou uma elite de especialistas para realizar a fertilização laboratorialmente assistida. “Após alguns meses já havíamos começado a produzir os primeiros embriões”. Em pouco tempo, já em 2004, publicou na Revista de Ginecologia e Obstetrícia os “resultados dos procedimentos em tecnologia reprodutiva de alta complexidade” realizados no centro. “Publicar é tão importante quanto estudar e pesquisar, caso contrário o trabalho do médico se perde”. Outra passagem importante na carreira de Halbe foi a de curador da Fundação da Faculdade de Medicina durante oito anos.

Casado e pai de duas filhas, Hans Halbe atualmente é professor de pós-graduação na disciplina de Ginecologia da FMUSP. Entrega-se em tempo quase integral a suas pacientes do consultório. E também mantém a convicção que para ser médico é preciso dedicação e sede de conhecimento.

Câncer do ovário

Diagnóstico precoce desafia o ginecologista

Recomendações para o rastreamento

Observa-se, com frequência, na prática clínica a execução de dosagens séricas de marcadores, como o CA-125, e a realização de ultra-som transvaginal anual como tentativas de diagnóstico precoce do câncer do ovário. Mas o CA-125 aparece elevado em apenas 50% das pacientes com câncer do ovário em estágios iniciais, ou seja, não tem demonstrado ser um instrumento de rastreamento efetivo para essa doença.

O especialista em oncologia ginecológica do Hospital Pérola Byington, Dr. Marcos Desidério Ricci, autor do livro *Oncologia Ginecológica – Aspectos Atuais do Diagnóstico e Tratamento* (Manole, 2007), comenta que o rastreamento de rotina do câncer do ovário, por meio do CA-125 e ultra-som, não é recomendado por nenhuma organização médica hoje. Segundo ele, não há evidências até o momento de que qualquer teste de rastreamento, incluindo CA-125, ultra-som ou exame pélvico, reduza a mortalidade por câncer do ovário. Ele cita mais dois motivos para a não-recomendação desses procedimentos. Primeiro, a maioria das mulheres com exame de rastreamento positivo terá resultados falso-positivos para câncer do ovário. Em mulheres com risco semelhante à população geral, o valor preditivo positivo de um teste anormal de rastreamento varia em torno de 2% (exemplo: 98% das mulheres com testes de rastreamento positivos não terão câncer do ovário). Em segundo lugar, o valor preditivo positivo de um teste inicial de rastreamento é mais provável em mulheres de alto risco.

Rastreamento genético do câncer de ovário

Em algumas famílias, o padrão de ocorrência dos cânceres sugere a presença dos genes de herança dominante BRCA 1 e BRCA 2. Carreadoras do gene BRCA 1 nestas famílias podem ter risco elevado em até 60% para desenvolver câncer do ovário até os 70 anos de idade, além da chance aumentada de desenvolver câncer da mama. Carreadoras do gene BRCA 2 têm risco aumentado não apenas para desenvolver câncer do ovário como para câncer colorretal, do endométrio, do estômago, e possivelmente do pâncreas. Por este motivo há um crescente número de publicações tratando da identificação, via testes genéticos, de mulheres carreadoras desses genes e propondo medidas preventivas ao câncer do ovário, entre elas, a ooforectomia profilática.

Há muita controvérsia em relação ao rastreamento genético para câncer do ovário, mesmo em populações de alto risco. Diversas entidades médicas norte-americanas, como a U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), a National Comprehensive Cancer Network, o American Society of Clinical Oncology e o American College of Obstetricians and Gynecologists, publicaram *guidelines* para a pesquisa das mutações do BRCA. Elas não recomendam o rastreamento genético de rotina para populações de baixo risco e, sim, que seja oferecida a avaliação de risco, o aconselhamento genético e o rastreamento para BRCA em indivíduos considerados suscetíveis por história familiar positiva ou história pessoal.

É importante ressaltar que nem todas as pacientes com mutações potencialmente deletérias do BRCA desenvolverão câncer do ovário ou da mama. Embora não existam evidências suficientes sobre os benefícios do rastreamento intensivo para câncer nas mulheres com teste positivo para as mutações do BRCA 1 ou BRCA 2, quanto a redução da morbidade e da mortalidade, ensaios clínicos vêm demonstrando a redução da preocupação e da ansiedade entre as mulheres que realizam o aconselhamento genético.

Critérios de alto risco para câncer do ovário

- Dois ou mais familiares com história de câncer do ovário;
- Um familiar com câncer do ovário, de qualquer idade, e um com câncer da mama diagnosticado antes dos 50 anos;
- Um familiar de qualquer idade com câncer do ovário e dois com câncer da mama diagnosticados antes dos 60 anos;
- Um familiar portador de mutação gênica por BRCA 1 ou 2;
- Três ou mais familiares com câncer do cólon ou dois com câncer do cólon e um com câncer do estômago, ou do ovário, ou do endométrio, ou do trato urinário ou do intestino delgado, em duas gerações, e um destes cânceres ter sido diagnosticado antes dos 50 anos;
- Um familiar com câncer da mama e do ovário;
- Descendentes de judeus Ashkenazi.

Terapia hormonal em mulheres na pós-menopausa com hepatite crônica pelo vírus C

AUTORA: MÁRCIA APARECIDA DE FARIA PÁDUA, SOB ORIENTAÇÃO DA PROFA. DRA. ANGELA MAGGIO DA FONSECA E CO-ORIENTAÇÃO DO PROF. DR. FLAIR JOSÉ CARRILHO, DISSERTAÇÃO DE DOUTORADO APRESENTADA À FACULDADE EM 3 DE JULHO DE 2007

Objetivo: Analisar a sintomatologia climatérica, a função hepática e a hemostasia das pacientes com hepatite crônica pelo vírus C, durante o uso de terapia hormonal. **Metodologia:** As pacientes foram divididas em dois grupos: Grupo TH (grupo-caso) – 25 pacientes com terapia hormonal transdérmica (50 µg de estradiol e 170 µg de noretisterona/dia) por nove meses, e Grupo NT (grupo-controle) – 25 pacientes sem terapia hormonal, ambos com sintomas climatéricos. A menopausa foi confirmada pela dosagem do FSH, LH e estradiol, e a hepatite C foi diagnosticada pela sorologia, PCR (reação em cadeia de polimerase) e biópsia hepática (grau histológico variando de I-IV). Os dois grupos foram avaliados nos meses 0, 1, 4, 7 e 9, sendo a sintomatologia climatérica mensurada por meio do Índice Menopausal de Kupperman, a função hepática e a hemostasia pelos exames: alanina aminotransferase, aspartato aminotransferase, gama glutamil-transferase, fosfatase alcalina, bilirrubinas, albumina, tempo de protrombina, fator V, fibrinogênio e plaquetas. **Análise estatística:** Realizada por meio do teste t de Student, teste de Mann-Whitney e análises de variâncias com medidas repetidas com dois fatores. Após a realização das análises de variâncias, para os efeitos estatisticamente significantes, foram realizadas comparações múltiplas por intermédio de contrastes ou do método de Dunnett. **Resultados:** A média da idade das pacientes foi de 53,72 e a da menopausa foi de 47,3 anos. Os escores médios dos sintomas vasomotores, da fraqueza, da palpitação e do somatório dos valores atribuídos ao índice menopausal de Kupperman sofreram alteração no comportamento ao longo do tempo ($p < 0,05$). Os valores da fosfatase alcalina apresentaram alteração no comportamento ao longo do tempo ($p < 0,05$), entretanto, as demais medidas da função hepática e hemostasia não apresentaram diferença entre os grupos. **Conclusões:** Houve melhora da sintomatologia climatérica. Não houve alteração na hemostasia e na função hepática, exceção feita à fosfatase alcalina que apresentou melhora significativa no Grupo TH a partir do quarto mês; portanto, houve melhora na qualidade de vida, sem interferência na função hepática e na hemostasia.

Comportamento sexual de mulheres com síndrome dos ovários policísticos

AUTORA: JUCILENE SALES DA PAIXÃO, SOB ORIENTAÇÃO DA PROFA. DRA. ANGELA MAGGIO DA FONSECA, DISSERTAÇÃO DE DOUTORADO APRESENTADA À FACULDADE EM 8 DE MAIO DE 2007

A sexualidade envolve processo complexo com determinantes biológicos, psicológicos e interpessoais. Comprometimento em qualquer uma dessas dimensões pode interferir na sexualidade, causando impacto na qualidade de vida. Foram estudadas prospectivamente 48 mulheres portadoras de síndrome dos ovários policísticos matriculadas no Ambulatório de Ginecologia Endócrina e Climatério da Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Os objetivos do estudo foram: avaliar a auto-estima e auto-imagem corporal; o comportamento sexual entre parâmetros clínicos da síndrome (obesidade, hirsutismo, irregularidade menstrual) com o comportamento sexual e a influência da terapêutica hormonal no ciclo da resposta sexual. O instrumento de avaliação utilizado foi o questionário sexual HC – extenso questionário que avaliou, no tempo 0, dados demográficos; antecedentes pessoais; antecedentes gineco-obstétricos; hábitos e estilo de vida; imagem corporal; auto-estima; antecedentes sexuais e atividade sexual atual com ênfase na satisfação sexual, existência ou não de parceiro, fases do ciclo de resposta sexual (desejo, excitação, orgasmo e resolução), frequência sexual, prática de masturbação, avaliação da presença de práticas menos habituais, do grau de intimidade e qualidade de comunicação no envolvimento do parceiro. A influência da terapêutica hormonal no ciclo da resposta sexual foi avaliada em 30 das 48 paciente, divididas em três grupos: Grupo A ($n = 10$), medicadas com acetato de medroxiprogesterona, na dose de 5 mg/dia/10 dias do mês; Grupo B ($n = 10$), medicadas com 35 µg de etinilestradiol + 2 mg de acetato de ciproterona, na dose de 1 cp/dia/21 dias do mês; e Grupo C ($n = 10$), medicadas com 2 mg de valerato de estradiol – 11 drágeas, 2 mg de valerato de estradiol + 1 mg de acetato de ciproterona – 10 drágeas, na dose de 1 dg/dia/21 dias do mês. Para essa avaliação foram utilizadas as frequências sexual, de desejo, de excitação e orgástica nos meses 0, 6 e 12. A metodologia estatística utilizou frequências absolutas e relativas para análise descritiva das variáveis, qui-quadrado de homogeneidade, teste exato de Fisher e o teste de McNemar. O nível de significância foi de 5%. Os resultados permitiram concluir que a auto-estima não sofreu interferência das manifestações clínicas da síndrome. A auto-imagem foi prejudicada e exerceu impacto negativo sobre o desejo sexual. A iniciação sexual, as formas de expressão da sexualidade, a intimidade comunicativa com o parceiro e a satisfação sexual não foram influenciadas pela síndrome. Houve maior frequência masturbatória nas pacientes amenorréicas. A terapêutica hormonal não demonstrou influência no ciclo da resposta sexual.

NOVEMBRO

XV Congresso Sul-Rio-Grandense de Ginecologia e Obstetrícia

Data: 30 de novembro a 1º de dezembro

Local: Centro de Eventos AMRIGS

Realização: Plenarium Eventos

Tel.: (51) 3311-9456

sogirgs@sogirgs.org.br

www.sogirgs.org.br



DEZEMBRO

V Congresso Paulista de Medicina Reprodutiva e Climatério/V Encontro Internacional do Comitê Multidisciplinar de Reprodução Humana da APM/II Encontro Internacional de Embriologistas em Medicina Reprodutiva

Data: 4 a 7 de dezembro

Local: Navio MSC Opera

Realização: Sociedade Paulista de Medicina Reprodutiva e Climatério
eventos@rgcomunic.com.br

Curso de Educação Continuada: Medicina Fetal

Data: 8 de dezembro

Local: SGGO

Realização: SGGO

Tel.: (62) 3285-4586

sggo@sggo.com.br, sggo@aganet.com.br

www.sggo.com.br

Atualização

Conheça alguns endereços eletrônicos com informações úteis para especialistas na área de Reprodução Humana no Brasil e no mundo.

Fertility Weekly

www.fertilityweekly.com/index.htm

Divulga notícias atualizadas sobre pesquisas clínicas e laboratoriais para a medicina reprodutiva, infertilidade, endocrinologia reprodutiva, contracepção, urologia, andrologia, genética, cirurgia e outros tópicos relacionados à área de fertilidade. O site disponibiliza os arquivos da publicação em PDF.

Medscape

www.medscape.com

Veicula artigos de revisão e atualização de todas as áreas, disponibilizando para *download* textos na forma de CME – Educação Médica Continuada. O cadastro é gratuito. Funciona também como buscador e faz a procura da palavra digitada no *search* em outras fontes, como o Medline. Também oferece um sistema de *newsletter* com as principais notícias e resumos chamados *Journal Scans*, de artigos publicados em importantes revistas científicas, como o *JAMA* e o *Lancet*, que não estão disponíveis para acesso gratuito na internet. O usuário define em uma opção do cadastro a periodicidade e os temas de sua preferência nestes informativos.

American Family Physician

www.aafp.org/afp

Divulga artigos de revisão atualizados, de várias especialidades, entre elas, temas em ginecologia. Para encontrar os artigos, basta colocar as palavras-chave no *search*. É um site direcionado a médicos generalistas.

National Guideline Clearinghouse

www.guideline.gov/

O site é fruto de uma iniciativa da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), dos Estados Unidos. Publica diretrizes médicas para prática clínica, baseadas e classificadas em níveis de evidência. Oferece ferramenta de busca para os endereços eletrônicos de sociedades internacionais de diversas especialidades. Permite, inclusive, o acesso aos *guidelines* da American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG).

Anticoncepção on-line

www.anticoncepcao.org.br/

Reúne informações científicas atualizadas e em linguagem acessível para os prestadores de serviços em planejamento familiar. É uma realização do Projeto Reprolatina. Disponibiliza para *download* (em português) o

manual da Organização Mundial da Saúde (OMS) para doenças sexualmente transmissíveis, e os Critérios Médicos de Elegibilidade para prescrição de métodos anticoncepcionais.

The North American Menopause Society – NAMS

www.menopause.org/

Contém dados sobre menopausa, perimenopausa, menopausa precoce, efeito a longo prazo do déficit estrogênico na saúde da mulher, além de grande variedade de estratégias terapêuticas. O internauta encontra ainda os consensos da Sociedade Norte-Americana de Menopausa sobre o uso do estrogênio e da progesterona da peri e pós-menopausa, e tratamento da osteoporose na pós-menopausa.

ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis

www.guidelines.endometriosis.org/

Oferece o *guideline* da European Society of Human Reproduction and Embryology para o diagnóstico e tratamento de endometriose baseado em evidências. Atualizado em 17 de junho de 2006.

Centers for Disease Control and Prevention – CDC

www.cdc.gov

Disponibiliza para *download* gratuito os *guidelines* Doenças Sexualmente Transmissíveis, 2006, que é leitura fundamental para todos os ginecologistas. Além disso, oferece orientações de conduta em relação a várias doenças infecto-contagiosas.

WHO – World Health Organization

www.who.int/reproductive-health/family_planning/index.html

O site da Organização Mundial da Saúde (OMS ou, em inglês, WHO) é uma excelente fonte de consulta. Destaque para o *download* em português dos Critérios Médicos de Elegibilidade para prescrição de métodos anticoncepcionais.

ObGyn

www.obgyn.net

Traz apresentações em PowerPoint, artigos e vários outros tipos de materiais educacionais em diversos temas em ginecologia e obstetrícia, bem como infertilidade. Dispõe ainda de *links* para sites de diversas outras áreas médicas.

UTROGESTAN® - progesterona natural micronizada

USO ADULTO

Composição: cada cápsula contém progesterona 100 mg ou 200 mg; excipientes qsp. **Indicações:** UTROGESTAN® é indicado para os distúrbios relacionados à deficiência de progesterona, como alterações do ciclo menstrual e amenorréia secundária; na insuficiência lútea; na pré-menopausa e na reposição hormonal da menopausa (como complemento à terapia estrogênica). UTROGESTAN® via vaginal é indicado também na implantação do embrião e manutenção da gravidez durante o primeiro trimestre e como suporte da fase lútea durante os ciclos de reprodução assistida. **Contra-indicações:** este medicamento é contra-indicado em doenças graves do fígado. Hipersensibilidade do princípio ativo ou a qualquer outro componente da fórmula. **Precauções:** alterações leves ou moderadas da função hepática, pacientes com disfunção renal. **Advertências:** Este medicamento não trata todas as causas de aborto espontâneo precoce e, particularmente, ele não tem ação sobre abortos provenientes de defeitos genéticos (o que corresponde a mais da metade das causas de aborto). **Pacientes idosos:** Não há dados que indiquem a necessidade do ajuste de dose para a paciente idosa. **Gravidez - Amamentação:** Nenhuma relação entre o progesterona e malformações fetais foi observada durante diversos estudos epidemiológicos em mais de mil pacientes. **Interações medicamentosas:** o uso crônico de barbitúricos, carbamazepinas, hidantoínas ou rifampicina pode diminuir a eficácia de UTROGESTAN®. Por outro lado, UTROGESTAN® pode potencializar os efeitos farmacológicos da ciclosporina, teofinlina ou beta-bloqueadores. **Posologia:** Via Oral: Na insuficiência de progesterona, na insuficiência lútea o regime de tratamento usual é de 200mg por dia: 10 dias por ciclo, habitualmente do 17º dia ao 26º dia, inclusive. Em terapia de reposição hormonal para menopausa, a terapia estrogênica isolada não é recomendada (risco de hiperplasia endometrial). Conseqüentemente, a progesterona é combinada em dose de 200 mg por dia, da seguinte forma: dose única de 200 mg à noite antes de dormir, de 12 a 14 dias por mês. Na dose de 200 mg é comum observar-se um sangramento de privação após o uso da progesterona. Via vaginal: Cada cápsula gelatinosa deve ser introduzida profundamente na vagina. Suplementação da fase lútea (segunda fase do ciclo menstrual) durante ciclos de FIV: A dosagem recomendada é de 400 a 600 mg por dia, divididos em duas a três doses, do dia da injeção HCG até a 12ª semana de gravidez. Suplementação da fase lútea durante ciclos espontâneos ou induzidos: a dosagem recomendada é de 200 a 400 mg por dia, divididos em duas doses, a partir do 17º dia do ciclo, durante 10 dias. O tratamento será rapidamente reiniciado se a menstruação não ocorrer novamente e, sendo diagnosticada uma gravidez, até a 12ª semana desta. Ameaça de aborto precoce ou prevenção de aborto comum devido à insuficiência lútea: a dosagem recomendada é de 200 a 400 mg por dia divididos em duas doses até a 12ª semana de gravidez. **Forma farmacêutica e apresentações:** UTROGESTAN® 200 mg é apresentado em caixas contendo blister com 14 cápsulas gelatinosas. UTROGESTAN® 100 mg é apresentado em caixas contendo blister com 30 cápsulas gelatinosas. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** Registro no M.S.: 1.0390.0167. Farm Resp.: Dr. Wessel de Oliveira Cunha CRF-RJ: 2184. Fabricado por: CAPSUGEL PLOERMEL. Zone Industrielle Camagnon, B. P. 320 - 56803 Poermel Cedex - Embalado por: Laboratórios Besins International Bélgica. Distribuído por: Farmoquímica S/A. Rua Viúva Cláudio, 300 - Rio de Janeiro - RJ - Indústria Brasileira - CNPJ: 33.349.473/0003-10 - SAC 0800 25 0110 - **Para ver o texto de bula na íntegra, acesse o site www.fqm.com.br**

