

Boletim da

SBRH

Ano 5 • Número 1 • 2007



Novos desafios para a área de reprodução humana

É com grata satisfação que assumo a presidência da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH). Estaremos juntos durante o biênio 2007-2008, envolvidos nos objetivos dessa instituição que, ao mesmo tempo que se pauta em novos conhecimentos científicos e tecnológicos, tem como cerne o esclarecimento ético e o respaldo legal aos especialistas da área de reprodução humana.

Este Boletim é um canal de diálogo e de aproximação entre os associados da SBRH. É também uma fonte de atualização científica, representada em nosso “Encarte científico” pelos artigos publicados, que trazem a assinatura de competentes pesquisadores e profissionais atuantes na área.

Nesta edição, o especialista encontrará uma discussão mais do que atual sobre o uso contínuo de progestagênio isolado: as contra-indicações, a escolha das vias de administração e como manejar o sangramento, sob o ponto de vista de dois grandes especialistas. Também nas páginas editoriais a seguir, revelamos a trajetória pessoal e profissional

do Prof. Dr. José Weydson Carvalho de Barros Leal, titular da disciplina de Ginecologia do Departamento Materno-Infantil, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco. Ele foi responsável pelo nascimento do primeiro bebê de proveta do Norte-Nordeste do Brasil.

Em nossa seção dedicada a mostrar a vida e as paixões de grandes nomes da medicina, o leitor conhecerá um pouco de música erudita pelas palavras do endocrinologista Marcello Bronstein, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

Não deixe de visitar o novo portal da SBRH que agora está de cara nova, no mesmo endereço: www.sbrh.med.br

Boa leitura!

Dirceu Henrique Mendes Pereira

Presidente da SBRH

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. Tel./Fax: (11) 5055-6494 / 5055-2438. sbrh@terra.com.br; www.sbrh.med.br

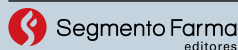
Diretoria (biênio 2007-2008)

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: Andrea Polimeno MTb 32.125



Av. Vereador José Diniz, 3.300, 15º andar, Campo Belo – 04604-006 – São Paulo – SP. Fone: 11 3093-3300 • www.segmentofarma.com.br • segmentofarma@segmentofarma.com.br

Diretor geral: Idelcio D. Patrício **Diretor executivo:** Jorge Rangel **Controller:** Antonio Carlos Alves Dias **Diretor médico:** Dr. Marcello Pedreira (CRM 65.377-SP) **Editor de arte:** Maurício Domingues
Gerente de negócios: Walter Pinheiro **Coordenadora editorial:** Caline Devêze **Assistente editorial:** Fabiana Souza
Diagramação: Ana Maria Totaro Delgado **Revisão:** Carla de Oliveira Moraes e Glair Picolo Coimbra **Produção gráfica:** Fabio Rangel **Cód. da publicação:** 2533.04.07

Uso contínuo do progestagênio isolado



Contra-indicações e escolha das vias de administração

Luciano de Melo Pompei

Doutor em Obstetrícia e Ginecologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), auxiliar de ensino voluntário da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC)

Nas últimas décadas, os métodos anticoncepcionais hormonais passaram por grande evolução, com ampliação do leque de possibilidades e redução de efeitos adversos e contra-indicações. Grande parte desse desenvolvimento se concentrou nos métodos hormonais contendo apenas progestagênio. Antes apenas um “coadjuvante”, hoje, o componente assumiu posição de principal ou único em diversas formulações.

Existem, para prescrição no Brasil, os métodos de progestagênio isolado para uso oral, injetável, de implante e de dispositivo intra-uterino.

A forma oral pode ser subdividida em dois tipos: o primeiro é o da minipílula, que é composta por levonorgestrel 30 µg, noretindrone 350 µg, ou linestrenol 500 µg. O segundo tipo tem apenas um representante, a pílula de desogestrel 75 µg, por drágea. O primeiro grupo, a minipílula, apresenta taxa de falha maior do que a pílula combinada comum e, quando associada à amamentação, essa taxa se equipara à da pílula combinada. O segundo tipo refere-se à pílula de desogestrel, que não é chamada de minipílula por, ao contrário desta, ter a capacidade de inibir a ovulação e, portanto, apresentar taxas de falha equivalentes ao anticoncepcional combinado oral, mesmo sem a associação do aleitamento.

O método injetável corresponde ao uso do acetato de medroxiprogesterona de depósito 150 mg, aplicado por via intramuscular a cada três meses, por isso conhecido como injetável trimestral, embora uma única aplicação possa causar amenorréia por até oito meses.

O implante contém o etonogestrel, a forma ativa do desogestrel, e dura três anos, enquanto o dispositivo intra-uterino (DIU), medicado com progestagênio, contém o levonorgestrel que é liberado gradualmente e tem duração de cinco anos.

“A forma oral pode ser subdividida em dois tipos: o primeiro é o da minipílula e o segundo tem apenas um representante, a pílula de desogestrel 75 µg, por drágea.”

Contra-indicações

De forma geral, os métodos anticoncepcionais hormonais de progestagênio isolado apresentam menos contra-indicações do que os combinados, aliás, muitas situações clínicas em que o estrogênio está contra-indicado permitem o uso de apenas progestagênio.

Hoje, em vez de se falar em contra-indicações, preferem-se os critérios médicos de elegibilidade da Organização Mundial da Saúde (OMS), sistema no qual especialistas de diversas partes do mundo geram tabelas em que cada método anticoncepcional recebe uma classificação de 1 a 4 para cada situação clínica, sendo 1 quando não há nenhuma contra-indicação e 4 quando o método está completamente contra-indicado.

Assim, além de naturalmente contra-indicados em suspeita de gravidez, os métodos que contêm apenas progestagênio recebem categoria 4 para câncer de mama atual.

As principais situações de categoria 3, ou seja, aqueles casos em que usualmente esses métodos devem ser evitados, são: trombose ou tromboembolismo atual, doença isquêmica miocárdica atual ou pregressa, acidente vascular cerebral, enxaqueca com aura, sangramento vaginal inexplicado, câncer de mama no passado, hepatite viral ativa, cirrose

descompensada, tumores hepáticos e uso de rifampicina ou anticonvulsivantes (apenas para pílula de progestagênio e implante). O injetável trimestral ainda recebe categoria 3 pelos múltiplos fatores de risco para doença cardiovascular, pressão arterial igual ou maior do que 160 mmHg x 100 mmHg, hipertensão e diabetes (ambas com vasculopatia), nefropatia, retinopatia, neuropatia ou nas situações em que a paciente o estiver utilizando há mais de 20 anos.

O DIU de levonorgestrel (DIU-LNG) recebe categoria 4 em outras situações, mas isso ocorre por se tratar de um DIU, e não por causa do progestagênio, sendo as principais situações clínicas: infecção puerperal e aborto séptico, moléstia inflamatória pélvica, cervicite purulenta, doença trofoblástica maligna, distorções da cavidade uterina e para inserção em casos com sangramento uterino sem diagnóstico e cânceres cervical e endometrial. E à categoria 3, além das já citadas para os demais anticoncepcionais de progestagênio, acrescentem-se (por ser um DIU) doença trofoblástica benigna, câncer ovariano (para inserção), Aids ou risco aumentado para DST (para início do método) e terapia anti-retroviral (para início do método).

As demais situações clínicas são categorias 1 ou 2, ou seja, podem ser usadas livremente ou com alguns cuidados, respectivamente. As classificações completas, bem como mais detalhes das categorias 3 e 4 para os métodos apresentados, podem ser obtidas pela internet, no sítio da OMS: www.who.int/reproductive-health/publications/pt/mec/index.html.

Note-se, ainda, que a lista de categorias 3 e 4 para os métodos combinados é bem maior, por exemplo, para amamentação, tabagismo acima dos 35 anos de idade, doença valvar cardíaca complicada, trombose venosa ou tromboembolismo no passado, entre outros.

Escolha das vias de administração

Após a decisão por um método de progestagênio isolado, um fator importante na escolha da via é o tempo pretendido para o método. Dessa forma, se a intenção for o uso por curto prazo, apenas os métodos orais são aconselhados, pois podem ser interrompidos a qualquer momento, com retorno imediato da fertilidade. Se for a médio ou longo prazo, o injetável trimestral pode ser uma possibilidade, sempre devendo informar à paciente que, após a última injeção, a fertilidade pode levar até oito ou nove meses para retornar.

Quando há intenção de uso por longo prazo, o implante e o DIU-LNG ganham força, por terem sido desenvolvidos para uso durante três e cinco anos, respectivamente. Claro que estes podem ser removidos a qualquer momento com rápido retorno da fertilidade, no entanto, se interrompidos pouco tempo após o início, perdem pontos na avaliação custo-benefício.

“Se for a médio ou longo prazo, o injetável trimestral pode ser uma possibilidade, sempre devendo informar à paciente que, após a última injeção, a fertilidade pode levar até oito ou nove meses para retornar.”

Outro aspecto a considerar é se a paciente se esquece com facilidade de tomar as pílulas. Se sim, deve-se preferir as formas parenterais (injetável, implante) ou DIU-LNG. Isso também se aplica a casos em que não se pode contar com a colaboração das pacientes, como quando há deficiência mental, doenças psíquicas sérias ou outros.

Também é recomendado evitar a via oral quando ocorrem problemas na absorção intestinal, por exemplo, em casos de síndrome de má absorção e após cirurgias de *by-pass* intestinal e gastrectomia.

Um ponto a ser lembrado é que o injetável trimestral pode levar a ganho de peso considerável, além da possibilidade de perda de massa óssea, embora reversível. Por outro lado, trata-se de método de excelente relação custo-benefício.

Quando houver antecedente de gravidez ectópica e, se optar por método de progestagênio, deve-se preferir os parenterais ou DIU-LNG que são mais eficazes em evitar gravidez ectópica. Destacamos que a pílula de desogestrel é mais eficaz do que as minipílulas, por ser um anovulatório.

Quando há múltiplos fatores de risco para doença cardiovascular, ou há hipertensão, ou ainda diabetes com vasculopatia ou comprometimento de órgãos-alvo, o injetável trimestral possui desvantagem e os demais devem ser preferidos.

No caso de uso de rifampicina e anticonvulsivantes, o DIU-LNG e o injetável trimestral podem ser utilizados e os demais devem ser evitados a todo custo, segundo a OMS.

Também é preciso considerar, na hora de escolher, que as minipílulas (levonorgestrel, noretindrone ou linestrenol) apresentam maiores taxas de falha do que, por exemplo, as pílulas combinadas, podendo se aproximar das taxas desta se houver amamentação concomitante, enquanto a pílula de desogestrel puro apresenta taxas similares à pílula estroprogestativa, mesmo sem aleitamento concomitante.

Assim, apesar de todos os métodos apresentados contarem apenas progestagênio, há diferenças em algumas de suas características que permitem optar por uma ou outra via, um ou outro método do grupo, conforme as necessidades e condições clínicas da paciente.

Uso contínuo do progestagênio isolado



Abordagem sobre o sangramento associado. Como manejar?

Rogério Bonassi Machado

Professor adjunto de Ginecologia da Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ), São Paulo, doutor pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp-EPM)

Diferentes compostos pertencem ao grupo dos progestagênios isolados em contracepção, sendo indicados particularmente nas situações clínicas em que os estrogênios não são desejados. Todos os progestagênios isolados disponíveis para contracepção, sejam orais ou não, são utilizados de forma contínua. Incluem-se, nesse grupo, as chamadas minipílulas (noretindrone, linestrenol, levonorgestrel), a pílula de progestagênio (desogestrel), além do injetável trimestral, o acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMP-d), e do implante subdérmico de etonogestrel.

Também são diferentes os mecanismos de ação contraceptiva inerentes aos progestagênios isolados: as minipílulas, devido à baixa dose hormonal, não determinam bloqueio ovulatório, tendo ação fundamentada na alteração do muco cervical; por outro lado, a pílula de progestagênio, o injetável trimestral e o implante possuem propriedade de inibição gonadotrófica, caracterizando seu mecanismo de ação no bloqueio da ovulação. Dessa forma, pode-se inferir que as possíveis modificações no padrão de sangramento sejam diferentes de acordo com o tipo de progestagênio utilizado. De fato, na maioria das vezes não há alterações com o uso das minipílulas. Já com o desogestrel, o AMP-d e o implante, o sangramento irregular é freqüente.

O conhecimento da atuação dos progestagênios sobre o endométrio é fundamental para o melhor entendimento do sangramento irregular durante o uso desses esteróides. Os progestagênios atuam sobre o endométrio reduzindo a síntese de DNA pela célula endometrial, antagonizando os efeitos estrogênicos por redução do conteúdo de seus receptores

“Pode-se inferir que as possíveis modificações no padrão de sangramento sejam diferentes de acordo com o tipo de progestagênio utilizado.”

e por ativação da enzima 17-b estradiol-desidrogenase, que propicia transformação de estradiol em estrona. O somatório desses efeitos determina padrões secretórios ou atróficos no tecido endometrial. Ainda, os progestagênios determinam inibição na fosfolipase A2, promovendo redução da síntese de prostaglandinas e propiciando, conseqüentemente, redução do fluxo menstrual.

A administração de progestagênios que promovem bloqueio gonadotrófico segue a intensa supressão ovariana, não havendo nível estrogênico adequado para a manutenção do sangramento cíclico, justificando-se a tendência de amenorréia após longo tempo de uso.

Spotting

As taxas de sangramento irregular também variam de acordo com o composto utilizado. Com o AMP-d, o padrão eumenorréico é pouco freqüente, sendo mais comum a amenorréia, seguida por irregularidades menstruais, observada, respectivamente, em aproximadamente 50% e 30% das pacientes ao final de seis meses de tratamento. O implante de etonogestrel

propicia 21% de amenorréia após 12 meses, índice praticamente idêntico ao uso do desogestrel isolado contínuo por via oral. Exclui-se desse cenário o período de amamentação, no qual, com qualquer um desses compostos, as taxas de amenorréia atingem cifras acima de 60% a 70%.

Como observado, embora o sangramento irregular seja mais freqüente que a amenorréia com os progestagênios isolados, nem sempre há necessidade de intervenção médica. Na maioria das vezes, o sangramento é bem tolerado pelas usuárias, particularmente quando orientadas previamente à administração do método contraceptivo. No entanto, algumas pacientes, particularmente nos estados representados por aumento na duração e no fluxo menstrual, não toleram o padrão menstrual apresentado com o uso dos progestagênios isolados. A terminologia da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a descrição do sangramento pode ser útil na caracterização das pacientes nas quais há real necessidade de abordagem terapêutica. Além da amenorréia, o sangramento não regular é classificado como infreqüente (um ou dois episódios de sangramento/*spotting*), freqüente (seis ou mais episódios de sangramento/*spotting*) ou prolongado (sangramento/*spotting* em período superior a 14 dias), ao longo de um período de observação de 90 dias. Seguindo essa descrição, o uso do desogestrel por via oral isolado associou-se a 30% de sangramento infreqüente, 10% de sangramento freqüente e menos de 20% de sangramento prolongado, após quatro períodos de referência, valores bastante parecidos com os do etonogestrel na forma de implante. Com o AMP-d, em cerca de 30% ocorre padrão menstrual irregular, representado por oligomenorréia, sangramento intermenstrual ou *spotting*, sendo o intervalo e o volume do sangramento imprevisíveis.

Escolha do método

Dessa maneira, a abordagem clínica do sangramento irregular na vigência do uso do progestagênio isolado depende, fundamentalmente, da forma de apresentação do sintoma, bem como da aceitabilidade de cada paciente. Nesse sentido, constitui-se em elemento primordial a explicação clara, pre-

“A abordagem clínica do sangramento irregular na vigência do uso do progestagênio isolado depende, fundamentalmente, da forma de apresentação do sintoma, bem como da aceitabilidade de cada paciente.”

“Quando, no entanto, existe um quadro persistente de sangramento que se torna intolerável pela paciente, há a necessidade de abordagem farmacológica.”

viamente à escolha do método, dos padrões de amenorréia/sangramento encontrados nos estudos clínicos. Atualmente, muitas pacientes buscam métodos que propiciam amenorréia, acreditando que determinados compostos irão rapidamente atender essa exigência. São, certamente, as mais propensas ao abandono caso sua expectativa seja frustrada, e nessa situação deve-se enfatizar as reais taxas de amenorréia, bem como a possibilidade de ocorrência do sangramento imprevisível.

Atendendo-se a esse requisito, a tolerabilidade ao sangramento irregular aumenta sobremaneira, e não raramente as pacientes só irão citá-lo ocasionalmente.

Quando, no entanto, existe um quadro persistente de sangramento que se torna intolerável pela paciente, há a necessidade de abordagem farmacológica. Uma vez que, na maior parte das vezes, o endométrio das usuárias de progestagênios isolados apresenta-se secretor ou atrófico, o uso de estrogênios permite a rápida proliferação, atuando ainda em elementos da coagulação local. Utilizamos os estrogênios conjugados na dose de 1,25 mg ou estradiol na dose de 2 mg ao dia por duas semanas, concomitantemente ao progestagênio. Caso não haja resposta, é possível pensar na possibilidade (menos comum) de endométrio não-atrófico, no qual maior atuação progestínica seria necessária. Nessa situação, pode-se dobrar a dose do progestagênio (no caso do desogestrel) para 2 comprimidos ao dia, também por duas semanas. Em usuárias de AMP-d ou implante, o desogestrel via oral ou a noretisterona (5 mg/dia) podem ser administrados pelo mesmo período.

Outra alternativa, nessa abordagem, é o uso da ultrasonografia como método preditivo do estado endometrial. Em estudo por nós realizado, utilizamos limite de corte de 5 mm da espessura endometrial para endométrios considerados atróficos em usuárias de AMP-d que apresentaram sangramento irregular intolerável, obtendo resposta satisfatória com o uso de estrogênios em todos os casos. O mesmo ocorreu quando identificamos endométrios acima de 5 mm de espessura e tratamos as pacientes com progestagênios. O método permite, ainda, a detecção de anormalidades uterinas, como miomas ou pólipos, que podem influenciar no padrão de sangramento com os progestagênios isolados.

Um convite à ópera



Dr. Marcello Bronstein, professor livre-docente e chefe da Unidade de Neuroendocrinologia da disciplina de Endocrinologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), conta nesta entrevista como nasceu sua paixão pela música clássica e, mais tarde, o seu interesse pela ópera. Bronstein também apresenta dicas aos leitores que desejam iniciar-se no assunto

Boletim SBRH: Como se despertou seu fascínio pela música?

Dr. Marcello Bronstein: Desde garoto, a minha paixão, o meu grande interesse, é pela música clássica. O termo correto é música erudita, mas o termo é tão pedante que a gente acaba não usando. Esse gosto provavelmente venha da influência de um irmão bem mais velho. Eu ficava ouvindo, não por imposição dele, e aquilo ia me conquistando pouco a pouco. Até que meu pai, quando eu tinha uns 13 anos de idade, comprou uma coleção das seleções que se chamava “A música dos grandes mestres”. Era uma seleção muito bem-feita, não só com obras muito importantes, mas muitas delas fáceis. Com isso, fui me aprofundando e aprimorando o meu gosto.

No Brasil daquele período era fácil o acesso a boas obras?

No Rio de Janeiro, já na época do *long play*, havia lojas com variados títulos de música clássica. Eu ouvia muita música barroca. Uma dica para quem se interessar pela chamada música clássica, música erudita, é começar pelo barroco: “As Quatro Estações”, de Antonio Vivaldi, que são tão famosas; o “Cânion em Ré Maior”, de Johann Pachelbel; o “Adágio em Sol Maior”, de Tomaso Albinoni e assim por diante. São obras muito conhecidas, muito

acessíveis. Quando tinha meus 17, 18 anos, ia muito ao Teatro Municipal do Rio de Janeiro. Todo sábado ia à vespertina. Se estivesse com uma namoradina, ela tinha que ir junto, não tinha conversa.

Você chegou a aprender algum instrumento, a tocá-lo?

Uma vez eu estava andando pela faculdade de medicina, no segundo ano, no Rio de Janeiro, no setor de fisiologia, e ouvi o som de um oboé, em uma música que não era muito conhecida, mas que por acaso eu conhecia. Era do compositor Domenico Cimarosa, “Concerto para oboé”. Fui seguindo aquele som até que cheguei a uma sala onde estava um grande pesquisador, muito premiado, o Leopoldo de Meis, que estudava fundamentalmente contração muscular e estava lá fazendo as experiências dele com esse concerto ao fundo. Então, perguntei: “É Cimarosa?”. E ele: “É. Como você sabe?”. Respondi: “Por acaso, eu conheço”. E imediatamente a gente fez uma ligação. Ele tocava flauta doce e eu já tinha uma flautinha, com a qual brincava. Comecei a me interessar, estudei um pouco de flauta, fiz parte de um conjunto de música renascentista e, durante a faculdade, tocava muito com um colega de turma, o Ivan Lourenço Gomes, que tocava piano. Tocávamos juntos, todo sábado à tarde.

Nessa época, você já tinha um gosto pela ópera?

Ópera foi um acontecimento bem mais tardio na minha vida. Apesar de gostar de música vocal, a música vocal que ouvia era mais ligada a missas, oratórios, cantatas, de Bach (Johann Sebastian Bach), principalmente. Há cerca de 15 anos, nasceu meu interesse pela ópera. Devo muito isso ao hoje professor emérito da FMUSP, Gyorgy-Miklós Bohm, que foi professor titular de patologia e é uma das pessoas que mais conhece ópera e que mais conhece a voz humana de que eu tenho notícia. É um homem capaz de facilmente distinguir dez tenores cantando uma determinada ária.

Como foi essa história? Ele o iniciou?

Começamos a ouvir juntos na casa dos amigos Fernando e Betty Greiber. Ouvíamos e víamos vídeos e, freqüentemente, quando terminava uma ária, parávamos e o professor Bohm fazia um comentário. Cada vez fui me interessando mais e hoje quase toda viagem que faço tem que ter uma “operazinha” incluída.

Já fizeram muitas viagens para assistir a uma ópera?

Por exemplo, Nova Iorque para mim sem ópera não é Nova Iorque, apesar de ter muitas outras coisas boas na cidade. No ano passado, estive em um congresso em Atenas. Depois, eu e minha esposa passamos por Viena e vimos uma

première de Otelo, de Verdi (Giuseppe Verdi). Agora, acabei de voltar de uma conferência em Portugal, onde assisti, “de lambuja”, digamos assim, a uma ópera de Wagner (Richard Wagner). Tornou-se uma paixão mesmo.

Em relação aos compositores, qual a sua preferência?

Diria que tenho uma preferência pela ópera alemã, tanto Wagner como Strauss (Richard Strauss), embora goste muito de ópera italiana e um pouco menos de ópera francesa.

Por que a alemã?

Acho a tradição musical alemã mais sólida. Vem desde Bach, passando por Mozart (Wolfgang Amadeus Mozart), Schubert (Franz Schubert), Brahms (Johannes Brahms) e, obviamente, Wagner e Strauss como compositores de ópera. Quando digo alemã, refiro-me à alemã e à austríaca. Wagner, apesar de ter péssimo caráter como pessoa, conseguiu algo fantástico que ele chamava de arte total. Era a integração da voz humana com os instrumentos da orquestra. Com Wagner, o cantor passou a ser um instrumento a mais da orquestra, tão importante quanto um fagote, um violino, uma tuba ou um clarinete. A diferença, obviamente, é que aquela voz humana se destacava por representar. Por tudo isso, Wagner não chamava a ópera de “ópera”, mas de “drama musical”.

Dicas do Dr. Bronstein

Como começar

“Uma boa idéia é ‘A flauta mágica’, de Mozart, que não é só para crianças. É uma fábula belíssima. Também ‘João e Maria’, de Engelbert Humperdinck. Diria, ainda, que ‘La Bohème’, de Giacomo Puccini, é uma ópera adorável e que não é difícil de se gostar e, é claro, ‘Carmen’, de Bizet (Georges Bizet).”

Onde comprar

“Costumo ir à loja Laserland, que fica na Avenida Rebouças, em São Paulo.” (www.laserland.com.br)

Que elementos observar

“A ópera é um gênero artístico que consiste em um drama, tragédia ou comédia, encenado com música. O drama é apresentado com elementos típicos do teatro, tais como

cenografia, figurino e atuação. No entanto, a letra da ópera (conhecida como libreto) é cantada em vez de ser falada. Os cantores são acompanhados por um grupo musical, que em geral é uma orquestra sinfônica completa.”

Hierarquia

Os cantores e seus personagens são classificados de acordo com seus timbres vocais. Os cantores masculinos classificam-se em baixo, baixo-barítono (ou baixo-cantor), barítono, tenor e contratenor. As cantoras femininas classificam-se em contralto, mezzo-soprano e soprano. Cada uma dessas classificações tem subdivisões, como por exemplo: um barítono pode ser um barítono lírico, um barítono de caráter ou um barítono bufo, os quais associam a voz do cantor com os personagens mais apropriados para a qualidade e o timbre de sua voz.

Amor

à ciência e ao ser humano



José Weydson Carvalho de Barros Leal é professor, doutor e titular da disciplina de Ginecologia do Departamento Materno-Infantil, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFP)

José Weydson nasceu no Ceará, na cidade de Quixeramobim, em 25 de fevereiro de 1931. Tornou-se pernambucano por cidadania, título conferido pela Assembléia Legislativa do Estado de Pernambuco. É casado com Maria Antonieta Oliveira de Barros Leal e pai de três filhos: Weydson, Renan e George.

Ao efetuar um breve balanço sobre sua trajetória, é categórico ao afirmar: “Por hipótese alguma mudaria minha vida. Apenas procuraria me desdobrar mais nas subespecialidades, de forma a completar minha formação médica”. O professor Weydson escolheu a medicina pelo seu passado familiar, pois descende de pais, avós paternos e tios farmacêuticos, além de tios-avós médicos.

FORMAÇÃO

A carreira profissional do professor Weydson teve início no ano de 1956, quando se formou médico pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco. Terminada a faculdade, realizou, em 1957, um curso de pós-graduação no Serviço do Professor José Medina, no Hospital das Clínicas

“Por hipótese alguma mudaria minha vida. Apenas procuraria me desdobrar mais nas subespecialidades, de forma a completar minha formação médica.”

da Universidade de São Paulo. Coursou residência médica no Serviço de Ginecologia do Prof. Rosaldo Cavalcanti, no Hospital Santo Amaro, da Santa Casa de Misericórdia de Recife. Após a residência, tornou-se chefe de Clínica de Ginecologia da Universidade Federal, no histórico Hospital Pedro II, na época, Hospital das Clínicas.

O professor Weydson ainda efetuou três cursos de pós-graduação, além de ter dezenas de trabalhos publicados em várias revistas nacionais, de cursos de atualização. O primeiro deles, o curso “Fisiologia da Reprodução Humana” (Adiestramiento en planificación de la familia), efetuado em 1967, na Faculdade de Medicina da Universidade do Chile. O segundo,

realizado em 1980, intitulava-se “Management of the Infertility Couple”, pela The Johns Hopkins University em Baltimore, EUA, e o terceiro, concluído ao final desse mesmo ano, um curso prático de “Adiestramiento en Técnicas Cirurgicas en Laparoscopia Diagnostica y Terapéutica”, pela Asociación do Bienestar de la Familia, em Medellín, Colômbia.

Recentemente, foi diplomado como professor emérito da Universidade Federal de Pernambuco. Recebeu da Federação Latino-Americana das Sociedades de Obstetrícia e Ginecologia (Flasog) o honroso e raríssimo título de Maestro de La Gineceo-Obstetricia de la América Latina.

Realizou nove pesquisas internacionais e publicou dois excelentes livros de repercussão nacional, relacionados com reprodução humana, intitulados “Reprodução Humana”, no ano de 1994, e “Concepção e Anticoncepção”, em 1999. Suas últimas graduações enfatizam os seguintes títulos: professor-assistente defendendo a tese “Síndrome de Stein-Leventhal” e doutor por docência-livre em ginecologia, com a tese “Aspectos Morfológicos do Ovário Humano sob Ação de Ovulostáticos Combinados”. Ministrou a disciplina de adolescência do curso de mestrado da Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco. Também examinou dezenas de teses em todo o Brasil para professores titulares e doutorados, enfatizando livres-docências das Universidades de São Paulo, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Ceará, Bahia, Paraíba, Pernambuco e muitas outras.

“Recentemente, foi diplomado como professor emérito da Universidade Federal de Pernambuco (UFP). Recebeu da Federação Latino-Americana das Sociedades de Obstetrícia e Ginecologia (Flasog) o honroso e raríssimo título de Maestro de La Gineceo-Obstetricia de la América Latina.”

Um fato importante relacionado à carreira profissional do professor é que ele foi responsável pelo nascimento do primeiro bebê de proveta das regiões Norte-Nordeste. Sempre comenta que “o dinheiro é básico para a existência do ser humano, mas não tão importante quanto o amor à ciência, ao trabalho e ao próximo, meta de todo médico”.

Além de ex-presidente da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana, foi eleito e reeleito vice-presidente da Sociedade Brasileira de Climatério (Sobrac). Seu currículo é extenso, formado por mais de mil títulos, enfatizando ainda ser membro da Academia Pernambucana de Medicina.



Ficha de atualização

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REPRODUÇÃO HUMANA
FICHA DE ATUALIZAÇÃO DE CADASTRO

Telefax: (11) 5055-6494 – E-mail: sbrh@terra.com.br

Nome: _____ RG: _____

Data nasc.: ____/____/____ CRM: _____

Especialidade: _____ CPF: _____

Endereço comercial: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Endereço residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefone (cons.): _____ (res.): _____

(cel.): _____ (fax): _____

E-mail: _____

A SBRH está situada na Av. Jandira, nº 257, 14º andar, cj. 146, Moema – CEP 04080-001 – São Paulo - SP.

Mais informações: Tel./Fax: (11) 5055-6494 / 5055-2438 E-mail: sbrh@terra.com.br Site: www.sbrh.med.br

Avaliação de marcadores tumorais e componentes do sistema de ativação do plasminogênio em tumores ovarianos císticos

AUTOR: EDUARDO VIEIRA DA MOTTA, SOB ORIENTAÇÃO DO PROF. DR. JESUS PAULA CARVALHO, DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA À FMUSP EM NOVEMBRO DE 1998

Métodos: Foram estudadas 43 mulheres com tumor ovariano cístico submetidas à laparotomia por suspeita de neoplasia ovariana. Em todos os casos, foram analisadas as concentrações plasmáticas e o conteúdo cístico desses tumores, incluindo o ativador do plasminogênio tecidual (AP-T), o ativador do plasminogênio uroquinase (AP-U), o inibidor do ativador do plasminogênio tipo 1 (PAI-1) e o inibidor do ativador do plasminogênio tipo 2 (PAI-2), além dos marcadores tumorais CA 125, CA 72-4 e CEA. As concentrações dos elementos estudados no plasma e nos cistos foram descritas conforme a natureza neoplásica dos tumores, e comparadas pela análise de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. As correlações entre esses elementos no plasma e no conteúdo cístico foram realizadas por meio do coeficiente linear de Pearson. **Resultados:** Os níveis plasmáticos de CA 125 e CA 72-4 foram maiores em pacientes com cistos neoplásicos, sem diferença para CEA e para os componentes do sistema de ativação do plas-

minogênio. Os cistos neoplásicos apresentaram, em seu conteúdo, maior concentração de CA 72-4 e AP-T, sem diferença para os outros elementos estudados. A concentração plasmática desses marcadores se correlacionou linearmente com as respectivas concentrações no conteúdo cístico, enquanto apenas o nível de CA 125 plasmático se correlacionou com a concentração dos ativadores do plasminogênio tecidual e uroquinase no conteúdo cístico. Houve correlação significativa entre o PAI-2, o CA 72-4 e o CEA plasmáticos. **Conclusão:** Os dados citados sugerem: a) a utilização da determinação de CA 72-4 e do AP-T no conteúdo cístico de tumores ovarianos como critério diagnóstico entre lesões neoplásicas e não-neoplásicas; b) os níveis plasmáticos de CA 125 podem depender da concentração de fatores do sistema de ativação do plasminogênio no conteúdo cístico; e c) pacientes com níveis plasmáticos elevados de CA 72-4 e CEA podem apresentar maior risco de fenômenos tromboembólicos.

Estudo comparativo entre protocolos de estimulação ovariana controlada com agonista e antagonista do hormônio liberador das gonadotropinas hipofisárias em programa de fertilização *in vitro* e transferência de embriões

AUTOR: GILBERTO DA COSTA FREITAS SOB ORIENTAÇÃO DO PROF. DR. VICENTE MÁRIO VALENTINO IZZO, TESE APRESENTADA À FMUSP EM 20 DE AGOSTO DE 2002 PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTOR EM MEDICINA

Objetivo: O objetivo deste estudo é comparar o uso de agonista versus antagonista do hormônio liberador das gonadotropinas hipofisárias (GnRH-ag e GnRH-ant) na estimulação ovariana controlada (EOC), para fertilização *in vitro* e transferência de embriões, bem como para determinar se esses medicamentos são efetivos na prevenção da onda precoce do hormônio luteinizante (LH) na administração do hormônio coriônico gonadotrófico (hCG). **Métodos:** Este estudo envolveu de forma prospectiva e randomizada 47 mulheres com indicação para fecundação *in vitro* e transferência de embrião (FIVeTE), distribuídas em dois grupos: grupo A (bloqueio longo com GnRH-ag, n = 23), e grupo B (GnRH-ant, n = 24). Os dois grupos foram submetidos ao mesmo esquema de estimulação ovariana, com dose diária de 150 UI de receptor de hormônio foliculo-estimulante (FSHR). Aspectos clínicos e hormonais foram avaliados e comparados entre os grupos quanto ao número de ampolas de FSHR (75 UI); à duração, em dias, do estímulo ovariano; ao número de folículos no dia da administração do hCG; ao número de folículos aspirados; ao número de oócitos identificados e sua classificação; à avaliação das concentrações séricas dos hormônios FSH, LH, estradiol e progesterona. O teste t de student foi utilizado para análise comparativa entre os grupos. **Resultados:** O número de ampolas de FSHR 75 UI utilizadas e a duração do estímulo no grupo GnRH-ant foram significativamente

menores do que no grupo GnRH-ag ($p = 0,0003$ e $p = 0,0004$). Não foi observada diferença significativa entre os grupos em relação ao número total de folículos (quando da administração de hCG), folículos aspirados e oócitos e suas classificações. Os níveis de FSH foram significativamente maiores no grupo GnRH-ant no primeiro dia do estímulo ($p < 0,0001$). Os níveis de LH no primeiro e no sétimo dia do estímulo foram significativamente maiores no grupo GnRH-ant ($p = 0,0001$ e $p = 0,0017$), não apresentando diferença na aplicação do hCG ($p = 0,7376$). Os níveis de LH no dia da administração do hCG situaram-se abaixo do nível de corte (< 10 UI/ml) para a onda de LH em ambos os grupos, em todas as pacientes estudadas. O estradiol teve comportamento semelhante ao LH, diferindo significativamente entre os grupos no primeiro e no sétimo dia do estímulo ($p = 0,0031$ e $p = 0,014$), sendo maior no grupo GnRH-ant. Na administração do hCG, não houve diferença entre os grupos ($p = 0,0851$). A progesterona não apresentou diferença significativa entre os grupos no sétimo dia do estímulo e na aplicação do hCG ($p = 0,1096$ e $p = 0,3728$). **Conclusão:** O estudo nos permite concluir que tanto o agonista como o antagonista foram equivalentes em relação aos parâmetros clínicos analisados. Além disso, os níveis séricos do LH situaram-se abaixo dos valores do hCG, mostrando eficiência na prevenção da onda precoce de LH, tanto no grupo GnRH-ant como no GnRH-ag.



Dr. Dirceu Henrique Mendes Pereira, novo presidente da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana, é ginecologista especialista em medicina reprodutiva.

Gestão 2007-2008 Dirceu Henrique Mendes Pereira é o novo presidente da SBRH

A nova diretoria da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH) tomou posse em evento realizado durante o XXII Congresso Brasileiro de Reprodução Humana, que aconteceu entre os dias 4 e 7 de outubro de 2006, em Curitiba (PR). Confira os nomes que compõem o novo quadro.

Nova diretoria

Sociedade Brasileira de Reprodução Humana

Presidente

Dirceu Henrique Mendes Pereira (SP)

1º Vice-Presidente

Sebastião de Freitas Medeiros (MT)

2º Vice-Presidente

Ricardo Mello Marinho (MG)

Secretário Executivo

Artur Dzik (SP)

Secretário Adjunto

Claudio Barros Leal (PE)

Tesoureira Geral

Nilka Fernandes Donadio (SP)

Tesoureiro Adjunto

Marcelino Hofmeister Poli (RS)

Diretora Científica

Claudete Reggiani (PR)

Presidente do Conselho de Delegados

Waldemar Naves do Amaral (GO)

Internet

SBRH lança portal com informações indispensáveis para especialistas

A Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH) foi fundada em 26 de dezembro de 1947. Suas sucessivas diretorias sempre tiveram como meta unir os profissionais da área de reprodução humana e cumprir a função de difundir conhecimento, tal como consta em seu estatuto. É uma associação de caráter científico que provê a seus associados atualização e informações de altíssima qualidade, além de *up-to-date* com os acontecimentos científicos ao redor do mundo. Com esses objetivos, foi idealizada e desenvolvida, durante o ano passado, uma nova estrutura para o website, que é uma das ferramentas de comunicação da SBRH com seus associados, com os pacientes e com a sociedade em geral.

Já está no ar o novo projeto, batizado de **Portal da SBRH**. O endereço virtual ganhou novas áreas e se tornou mais acessível. A localização de dados e informações ficou mais fácil. Agora, os especialistas podem acessar virtualmente as publicações impressas. Já estão no ar, por exemplo, as edições da "Revista Reprodução e Climatério", na íntegra, para baixar em formato PDF. Lá, os leitores encontrarão também as edições deste Boletim.



O portal abrange diversas áreas de interesse, incluindo notícias e atendimento à imprensa, cumprindo os seguintes objetivos: estimular a pesquisa entre os especialistas nacionais na área da reprodução humana; promover eventos científicos diversificados, campanhas educacionais e reciclagem dos profissionais da área; esclarecer a sociedade em geral e criar e manter um intercâmbio científico-cultural. Os especialistas podem encontrar, ainda, assessoria para assuntos técnicos, éticos e legais na prática da reprodução humana.

O endereço é www.sbrh.med.br.

ABRIL

XIII Congresso de Ginecologia e Obstetrícia da Região Sudeste da Febrasgo

XXXI Congresso Estadual de Ginecologia e Obstetrícia da SGORJ

Data: 12 a 15 de abril

Local: Hotel Sofitel - Rio de Janeiro (RJ)

Tel.: (21) 2265-1525 Fax: (21) 2285-0892

E-mail: eventos@sgorj.org.br

Home page: www.sgorj.org.br

II Jornada de Atualização em Ginecologia e Obstetrícia de Itumbiara

Data: 14 de abril

Local: SGGO - Itumbiara (GO)

Tel.: (62) 3285-4586 Fax: (62) 3285-4607

E-mails: sggo@sggo.com.br sggo@aganet.com.br

Home page: www.sggo.com.br

III Jornada de Ginecologia e Obstetrícia de Bonito (MS)

Data: 20 e 21 de abril

Local: Auditório do Hotel Wetiga - Bonito (MS)

Tel.: (67) 3042-2131 Fax: (67) 3321-8209

E-mails: sogomat@terra.com.br sogomat@uol.com.br

Home page: www.sogomatsul.org.br

II Jornada Paranaense de Atualização em Ginecologia Endócrina e Anticoncepção

Data: 27 e 28 de abril

Local: Maringá (PR)

Tel.: (44) 3232-2535 Fax: (44) 3223-6300

E-mail: sogipa2002@terra.com.br

Home page: www.sogipa.org.br

I Encontro de Ginecologia e Obstetrícia Baseado em Evidência

Data: 28 de abril

Local: Caldas Novas (GO)

Tel.: (64) 3285-4586 Fax: (64) 3285-4607

E-mails: sggo@sggo.com.br sggo@aganet.com.br

Home page: www.sggo.com.br

MAIO

Simpósio de Medicina Fetal

Data: 4 e 5 de maio

Local: Secretaria Executiva da SGOB - Brasília (DF)

Tel.: (61) 3245-3681 Fax: (61) 3245-4530

Home page: www.sgob.com.br

XV Congresso Mundial e X Congresso Latino-Americano de Ginecologia Infanto-Juvenil

Data: 6 a 9 de maio

Local: Transamérica Expo Center - São Paulo (SP)

Tel.: (11) 3062-1722

E-mail: renatasouza@somaeventos.com.br

Home page: www.sogia.com.br

VI Jornada de Reprodução Humana da SBRH-Regional

Data: 12 de maio

Local: Associação Médica de Goiás - Goiânia (GO)

Tel.: (62) 3285-4586 Fax: (62) 3285-4607

E-mails: sggo@sggo.com.br sggo@aganet.com.br

Home page: www.sggo.com.br

XXXII Congresso Mineiro de Ginecologia e Obstetrícia – EMGO 2007

Data: 16 a 19 de maio

Local: Expominas - Belo Horizonte (MG)

Tel.: (31) 3222-6599 Fax: (31) 3222-6599

E-mail: sogimig@sogimig.org.br

Home page: www.sogimig.org.br

IV Congresso de Ginecologia e Obstetrícia da Região Norte

Data: 24 a 26 de maio

Local: Manaus (AM)

Tel.: (92) 3232-2441

E-mail: assago@assago.com.br

Home page: www.assago.com.br

XXXIII Jornada Pernambucana de Ginecologia e Obstetrícia

Data: 24 a 26 de maio

Local: Mar Hotel - Recife - PE

Tel.: (81) 3222-5112 Fax: (81) 3221-2843

E-mail: secretaria@sogope.com.br

Home page: www.sogope.com.br

XXI Jornada de Obstetrícia e Ginecologia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Data: 30 de maio a 2 de junho

Local: Centro de Convenções Rebouças (SP)

Tel.: (11) 3062-1722

E-mail: jornada@somaeventos.com.br

Home page: www.cean-santacasa.org.br

JUNHO

X Congresso Paranaense de Ginecologia e Obstetrícia: Obstetrícia e Ginecologia na Prática Diária

Data: 13 a 16 de junho

Local: Estação Embratel Convention Center - Curitiba

Tel.: (41) 3232-2535 Fax: (41) 3223-6300

E-mail: sogipa2002@terra.com.br

Home page: www.sogipa.org.br

IX Jornada de Ginecologia e Obstetrícia da Grande Dourados

Data: 15 e 16 de junho

Local: Auditório do SESI - Dourados (MS)

Tel.: (67) 3042-2131 Fax: (67) 3321-8209

E-mails: sogomat@terra.com.br sogomat@uol.com.br

Home page: www.sogomatsul.org.br

V Congresso SOGIMIG de Imaginologia da Mulher (BH)

Data: 28 a 30 de junho

Local: SOGIMIG - Belo Horizonte (MG)

Tel.: (31) 3274-2452 Fax: (31) 3222-6599

E-mail: sogimig@sogimig.org.br

Home page: www.sogimig.org.br

Atualização em Reprodução Humana

Data: 29 e 30 de junho

Local: Centro Materno-Infantil Regina Pacis - Porto Velho (RO)

Realização: ASSOGIRO

Tel.: (69) 3224-1974

E-mails: assogiro@ibest.com.br sogiro@enter-net.com.br

Seminário Especializado – Cirurgia Ginecológica

Data: 29 e 30 de junho

Local: Associação Médica de Brasília (AMBr) - Auditório maior

Tel.: (61) 3245-3681 Fax: (61) 3245-4530

E-mail: sgob@ambr.com.br

Home page: www.sgob.com.br

Curso de Educação Continuada – Amniorrexe/ Trabalho de Parto Prematuro

Data: 30 de junho

Local: SGGO - Goiânia (GO)

Tel.: (62) 3285-4586 Fax: (62) 3285-4607

E-mails: sggo@sggo.com.br sggo@aganet.com.br

Home page: www.sggo.com.br

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**