



PROPEDÊUTICA BÁSICA DO CASAL INFÉRTIL

RODOPIANO DE SOUZA FLORENCIO

Professor Adjunto do Departamento de Ginecologia
e Obstetrícia da FM/UFG

1. Conceito

De maneira geral, designamos um casal como infértil, após 12 meses de relações sexuais sem proteção e que tenham pelo menos uma a duas relações sexuais/semana no mínimo e seis meses sem proteção na faixa de 35-39 anos. Entretanto, tal conceito não pode limitar ou retardar o início de uma investigação em determinadas situações, onde é imperativo a solução de um problema evidente.

2. Rotina da Anamnese

A anamnese nesta área médica deve ter um direcionamento sem deixar de investigar doenças relacionadas ou que possam interferir na função reprodutiva (tiroidopatias, doenças da suprarrenal, imunológicas, alterações mamárias, tais como galactorreia etc.). Também devemos pesquisar o uso de drogas (cocaína e outras), fumo e álcool.

Na avaliação da função menstrual: idade da menarca, características dos ciclos, dor no período menstrual ou fora destes, dor ao coito, metrorragia ou sangramento nas fezes durante a menstruação.

Avaliação de história obstétrica e contraceptiva prévia como causa de infertilidade pode levar-nos a adiar ou retardar a investigação. Exemplificando, história obstétrica ruim, como parto prematuro prévio, aborto provocado, complicações de uso de DIU, certamente nos levará a uma investigação precoce e detecção de problemas endometriais ou de malformações.

A história sexual do casal assume grande importância, pois podemos estar diante de problemas, como frequência baixa de coitos, disfunção ejaculatória, disfunção erétil etc.

Nos antecedentes pessoais, priorizamos infecções pélvicas prévias, cirurgias prévias (apendicite, laparotomias por cistos ovarianos ou lise de aderências, miomectomias).

A história familiar deve ser dirigida para doenças de caráter genético, pesquisa de casos de infertilidade na família do casal, gemelaridade e outros.

A investigação masculina deve, preferencialmente, ser realizada por urologista com treinamento em andrologia, quando existir alterações seminais no estudo do sêmen ou for detectada alguma disfunção sexual.

3. Rotina do Exame Físico

Exame físico deve incluir avaliação das características da pele e sinais vitais como pressão arterial. Altura, peso e índice de massa corporal, características sexuais secundárias, associada a alterações de pele, podem levar a suspeita de alterações ovarianas e/ou suprarrenal. No exame geral, devemos incluir a palpação da tireoide. O exame das mamas pode mostrar uma galactorreia à expressão ou nódulos. No abdome, podemos observar cicatrizes, que completam as informações transmitidas pela paciente.

A genitália externa deve ser examinada com atenção, mas o toque vaginal com o objetivo de avaliar a genitália interna tem máxima importância, pois podemos avaliar o tamanho uterino, mobilidade, dor à mobilização, presença de nódulos no fundo do saco vaginal ou ligamentos úteros-sacrais, confirmando suspeita de endometriose.

4. Exames Complementares

1. Colpocitologia oncoparasitária
 2. Sorologias (HIV, Hepatite B, Hepatite C, rubéola, sorologia e PCR para clamídia)
 3. Dosagens hormonais (para avaliar ovulação e reserva ovariana):
 - 4.4- Dosagem de progesterona na fase lútea;
 - 4.5- FSH, LH, prolactina e TSH (2-4º dias do ciclo)
 - 4.6- Monitorização por ultrassom no 3º ou 4º dia do ciclo para contagem de folículos antrais e, em casos selecionados, a pesquisa de ovulação por ultrassom.
 1. Histerosalpingografia (HSG) para avaliar o contorno da cavidade uterina e permeabilidade tubária, além de visibilizar hidrossalpinge.
 2. Estudo do sêmen: inclui espermograma dentro das normas da OMS, swim-up, morfologia de Kruger, sobrevivência de espermatozoides após 24 horas em estufa ou incubadora.
- Só em investigação avançada inclui-se o uso de videolaparoscopia (suspeita de endometriose, aderências), histeroscopia (pólipos endometriais, mioma submucoso), cariótipos (alterações seminais importantes), investigação imunológica ou outras, sempre que houver suspeita de doenças associadas à infertilidade.

5. Observações importantes

1. Idade é o fator prognóstico, talvez mais importante, de chance de gravidez nos tratamentos de infertilidade; portanto, não se devem protelar investigações corretas em mulheres acima de 35 anos.
2. Investigações hormonais complexas podem ser necessárias nos casos de investigação de amenorreia (vide capítulo de amenorreia).
3. Na solicitação de HSG, observar alergias a iodo e absoluta necessidade do exame.

6. Referências bibliográficas

1. Kamel RM. Management of the infertile couple: an evidence-based protocol. *Reprod Biol Endocrinol* 2010; 8:21-27.
2. The ESHRE Capri Workshop Group: Diagnosis and management of the infertile couple: missing information. *Hum Reprod Update* 2004; 10(4):295-307.
3. Collins JA, Rowe TC. Age of the female partner is a prognostic factor in prolonged unexplained infertility: a multicenter study. *Fertil Steril* 1989; 52:15-20.