

CAPÍTULO 17

Tratamentos convencionais

A indicação terapêutica baseia-se na história clínica do casal, juntamente com a avaliação da pesquisa básica laboratorial. Leva-se também em consideração a ansiedade do casal e as alterações encontradas nos exames realizados. A idade da mulher tem força decisiva, que desequilibra as tendências e norteia o melhor caminho para obtenção da gestação. Quase sempre haverá mais do que um tratamento disponível e, na maioria das vezes, caberá ao casal a decisão final pelo tipo de tratamento. O médico dará as opções, orientando e ponderando, mas quem decidirá o caminho será a mulher e o homem que desejam ter filhos.

IDADE	TAXA DE FERTILIDADE
25 a 30 anos	(-) 4%
30 a 34 anos	(-) 15%
35 a 40 anos	(-) 40%
> 40 anos	(-) 95%

QUEDA DA TAXA DE FERTILIDADE DE ACORDO COM A IDADE DA PACIENTE COMPARANDO COM PACIENTES COM MENOS DE 25 ANOS (VALORES E ESTATÍSTICAS QUE SE APLICAM ÀS MULHERES DE UMA MANEIRA GERAL, PODENDO HAVER VARIAÇÃO DE MULHER PARA MULHER).

Os dados contidos neste quadro devem ser lembrados, para que seja



entendida a necessidade da indicação de tratamentos de máxima eficácia para mulheres com mais de 35 anos e, assim, não se perder tempo com procedimentos de baixo índice de sucesso. A partir dessa idade, os Tratamentos Complementares, se forem utilizados de forma isolada, devem ser restritos a um período de tempo pré-estabelecido. Entretanto, em conjunto com os tratamentos convencionais, poderão ser incorporados sem restrição, desde que a paciente sinta-se bem.

Algumas recomendações

Para que o casal possa tomar uma decisão frente às opções de tratamento, é necessário que tenha a resposta para as seguintes perguntas:

- ▶ Em quanto esse tratamento vai aumentar as chances de gravidez?
- ▶ Quais são os potenciais riscos, complicações e efeitos colaterais?
- ▶ Qual a duração média do tratamento para que se possa obter bons resultados?
- ▶ Em caso de falha, haverá outras alternativas após o término desse tratamento?
- ▶ Qual o custo?

Tipos de tratamentos

Tratamento Medicamentoso:

Com remédios que corrigem distúrbios hormonais, que estariam prejudicando a fertilidade (hormônios).

Tratamento cirúrgico

Para correção das alterações anatômicas dos órgãos reprodutores por microcirurgia, Videohisteroscopia e/ou Videolaparoscopia (inclusive Endometriose).

Fertilização Assistida

Indução da ovulação (Coito Programado), Inseminação Artificial e Fertilização In Vitro (ICSI).

Doação de óvulos

Se a mulher não produzir óvulos

Banco de Esperma

Se o homem não produzir espermatozóides

Embora todos estes tratamentos sejam importantes, será dada ênfase à **Fertilização Assistida**.

FERTILIZAÇÃO ASSISTIDA

A Fertilização Assistida consiste em um conjunto de técnicas laboratoriais, utilizadas pelos médicos e embriologistas, a fim de promover a fecundação do óvulo pelo espermatozóide, quando ela não ocorre por meios naturais. Os procedimentos médicos na Fertilização Assistida são rigorosamente técnicos, lidam com equipamentos de alta precisão, tecnologia de ponta e uma equipe especializada.

A Fertilização Assistida pode ser classificada quanto à complexidade:

I. Baixa Complexidade: Indução da Ovulação, Coito Programado (“Namoro” programado).

II. Média Complexidade: Inseminação Artificial Intra-Uterina – (IAIU)

III. Alta Complexidade: FIV (Fertilização in Vitro convencional; Bebê de Proveta FIV-ET), ICSI (Injeção Intracitoplasmática de Espermatozóide)

I. Indução Da Ovulação – Coito Programado, “Namoro” Programado (Baixa Complexidade)

Com todos os exames laboratoriais **ultranormais**, a paciente poderá ter sua ovulação induzida por medicamentos, a fim de que seja recrutado um maior número de óvulos naquele mês. O crescimento deles é



acompanhado por ultra-sonografia seriada transvaginal até que os folículos atinjam um tamanho ideal (em sincronia com o endométrio – que é o tecido que reveste o interior do útero, onde ocorre a implantação do embrião). Através do estímulo hormonal, os óvulos devem ter um crescimento progressivo e atingir um tamanho aproximado de 18mm e o endométrio uma espessura superior a 7mm. Atingido esse ponto ideal (o que geralmente ocorre ao redor do 12º-14º dias do ciclo), a ovulação é desencadeada 24 a 36 horas após a injeção de um medicamento adequado (hCG). A partir desse momento, o médico orientará a melhor época para as relações sexuais. Pelo maior número de óvulos disponíveis, e pela certeza da época da ovulação, as chances de gravidez são substancialmente maiores quando comparada ao ciclo espontâneo (sem medicação). A chance de sucesso deste método é ao redor de 12 – 15% ao ciclo. Embora esta chance seja inferior aos 20% definidos para gravidez espontânea, conforme descrito no primeiro capítulo, deve-se lembrar que os casais em tratamento já possuem alguma dificuldade em engravidar. Por isso, esta taxa de sucesso é menor que a esperada quando a gravidez é obtida naturalmente em casais sem problemas.

II. Inseminação Artificial Intra-Uterina – (IAIU) (Média Complexidade)

A Inseminação Artificial, que é conhecida desde a Antigüidade, é um recurso terapêutico de grande valor no tratamento do casal infértil. As indicações dessa opção são baseadas na impossibilidade ou dificuldade do sêmen em alcançar o óvulo no aparelho genital da mulher (tubas), impedindo assim a fecundação. As candidatas a essa modalidade terapêutica são as pacientes que apresentam:

- ▶ Muco cervical pobre ou deficiente, devido a fator inflamatório ou fator imunológico.
- ▶ Esterilidade Sem Causa Aparente (ESCA), Infertilidade Inexplicável
- ▶ Homens com espermograma alterado (oligospermia, astenospermia ou problemas anatômicos)

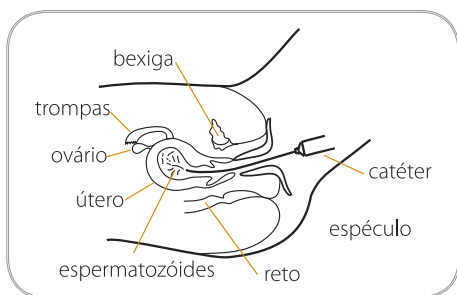
Importante: Como a fertilização ocorre no ambiente natural, isto é, nas Tubas, estas devem estar permeáveis.

Indução da Ovulação, Técnica, e Dia da Inseminação.

Da mesma forma que no Coito Programado, os ovários são estimulados por hormônios, a fim de se obter um maior número de óvulos recrutados. Estes óvulos também têm seu crescimento acompanhado pela ultra-sonografia até que os folículos atinjam um diâmetro aproximado de 18mm e o endométrio uma espessura superior a 7mm. A ovulação também é desencadeada no momento adequado por um medicamento. A diferença consiste nas dosagens dos medicamentos utilizados para o estímulo ovariano e que, ao invés das relações sexuais, os espermatozóides serão colocados dentro do útero.

A Inseminação Artificial é um procedimento relativamente simples. É realizada no consultório, sem anestesia, é indolor e não dura mais do que alguns minutos.

Com a paciente em posição ginecológica, o esperma é colocado dentro do útero, perto dos orifícios internos das tubas, através de um cateter delicado que transpassa a vagina e o canal cervical. Após a Inseminação, a paciente deverá ficar em repouso no consultório por cerca de 20 minutos, a fim de que o sêmen alcance o interior das tubas e ocorra a fertilização. Após esse período, poderá voltar às suas atividades cotidianas.



ESQUEMA DE INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL

Os índices de sucesso da IAUI, em seguida à estimulação ovariana (superovulação), estão ao redor de 18 – 25% por ciclo, mas podem chegar a 50% depois de algumas tentativas.

Nos casos em que o parceiro masculino seja portador de distúrbios muito graves do



esperma (azoospermia – falta total de espermatozóides), pode ser usado o esperma congelado de um doador anônimo, através dos **Bancos de Sêmen**.

III. Fertilização In Vitro (FIV) ou Bebê de Proveta

Consiste na mais sofisticada e avançada de todas as técnicas de Fertilização Assistida. Para se realizar essa técnica (ou programa), a mulher recebe, da mesma forma que nas técnicas anteriores, alguns hormônios, porém em maiores doses, a fim de se obter um maior número de óvulos recrutados. Também neste procedimento, os óvulos têm seu crescimento acompanhado pela ultra-sonografia até que atinjam um diâmetro aproximado de 18mm e o endométrio uma espessura superior a 7mm. A paciente recebe uma última injeção (hCG) para terminar o amadurecimento dos óvulos que são aspirados 35 horas após, através de uma agulha especial via vaginal. Em seguida, são colocados em contato com espermatozóides (in vitro) permitindo a sua fecundação fora do corpo da mãe. Quando a quantidade de espermatozóides for pequena, utiliza-se a técnica da ICSI (Injeção Intracitoplasmática de Espermatozóide), que consiste na injeção de um espermatozóide dentro do óvulo. Os embriões são desenvolvidos inicialmente em laboratório retornando, a seguir, ao útero para finalizar o crescimento do futuro bebê.

A chance de sucesso desta técnica pode chegar até 55% em pacientes com menos de 35 anos.

Indicações

- ▶ Mulheres com alterações peritoneais (aderências);
- ▶ Obstrução nas tubas;
- ▶ Esterilidade Sem Causa Aparente (E.S.C.A.) ou Infertilidade Inexplicável;
- ▶ Fatores imunológicos;
- ▶ Endometriose;
- ▶ Falhas repetidas em tratamentos menos complexos;
- ▶ Idade avançada;

- Fator masculino (contagem baixa, alteração grave em morfologia ou motilidade dos espermatozoides).

Técnica

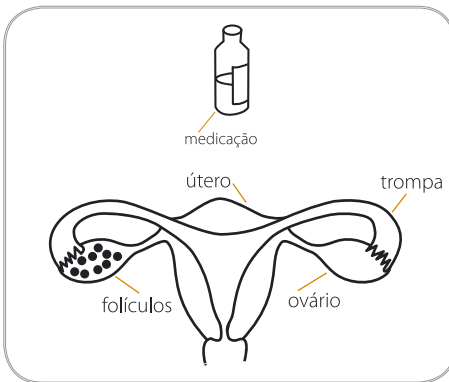
A técnica é relativamente complexa e sua execução pode ser dividida em seis fases:

- 1ª Fase:** Bloqueio dos hormônios do organismo.
- 2ª Fase:** Estímulo do crescimento dos óvulos.
- 3ª Fase:** Aspiração e recuperação dos óvulos.
- 4ª Fase:** Fertilização dos óvulos.
- 5ª Fase:** Transferência do(s) embrião(ões) para o útero.
- 6ª Fase:** Controle hormonal até o teste de gravidez.

Assim temos:

1ª Fase – Bloqueio dos hormônios do organismo:

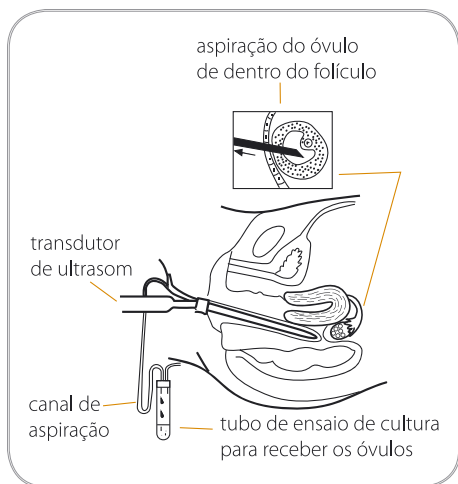
Consiste no bloqueio do funcionamento dos ovários com medicação adequada. Com esta conduta, é possível ter o controle da função ovariana, não havendo perigo de ocorrer ovulação fora do momento previsto.



2ª Fase – Estímulo do crescimento dos óvulos:

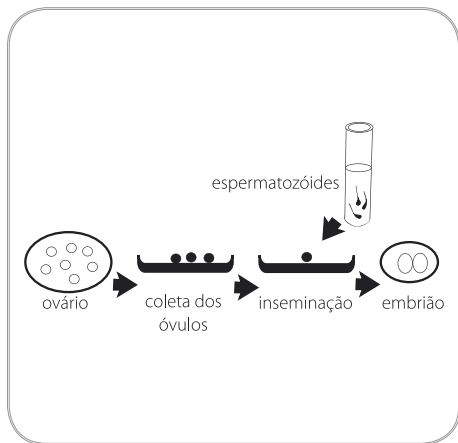
Existem vários esquemas de medicação para estimular o crescimento de um maior número de óvulos. Havendo maior quantidade, têm-se mais embriões, podendo ser escolhidos os melhores e, conseqüentemente, aumentando as chances de

gravidez. Esta fase dura de oito a doze dias e é acompanhada pelo ultrassom transvaginal e dosagens hormonais



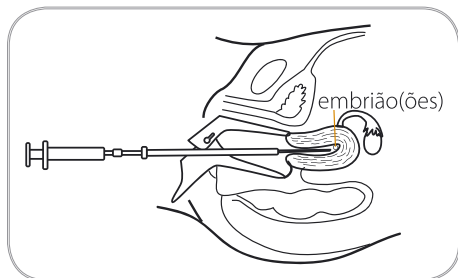
3ª Fase – Aspiração e recuperação dos óvulos

Em um ambiente cirúrgico e com sedação profunda, os óvulos são aspirados através de uma agulha acoplada ao ultra-som. Este processo é praticamente indolor e dura alguns minutos. Neste dia, é realizada a coleta do sêmen do marido.



4ª Fase – Fertilização dos óvulos:

No laboratório, um embriologista experiente realiza a fertilização dos óvulos, que poderá ser espontânea ou pela técnica de ICSI (Injeção Intracitoplasmática do Espermatozói-de). A decisão dependerá da quantidade e morfologia dos espermatozoides e do número de óvulos.



5ª Fase: Transferência dos embriões

Dois a cinco dias após a fertilização, os embriões serão colocados no útero. Neste dia, serão conhecidos os de melhor qualidade, assim, o médico e

o casal decidirão juntos quantos deles serão transferidos, número este que pode variar de um a quatro. A transferência é realizada com cateter flexível, sem anestesia, através da vagina, é indolor e semelhante ao desconforto do exame ginecológico.

6ª Fase: Suporte hormonal

Nesta fase, são realizados exames de sangue que comprovam o equilíbrio hormonal. Caso haja necessidade, as doses poderão ser modificadas. O teste de gravidez é realizado onze dias após a transferência dos embriões.

Importante

A probabilidade de ocorrer um aborto, ou um bebê com malformação, é a mesma, tanto após a indução da ovulação, como após a concepção natural. Os riscos existentes dependem da idade da mãe e de fatores genéticos. Se a paciente ficar grávida após este tratamento, não serão necessárias quaisquer medidas especiais; a gravidez será tratada exatamente como qualquer outra, o pré-natal é exatamente igual ao de uma gestação espontânea. O trabalho de parto e a amamentação não serão afetados de nenhuma maneira.