

Guia para Casais que Experimentam Dificuldades em Gestar

A Clínica Engravide elaborou este texto com o objetivo de esclarecer alguns aspectos importantes dentro da Reprodução Humana. Acreditamos estar, dessa maneira, contribuindo para facilitar seu entendimento sobre as etapas a serem vencidas até que seu objetivo seja atingido. Quando um casal experimenta alguma dificuldade no processo de constituir sua família, sua prole, é comum, muito comum, que sentimentos de impotência e desapontamento passem a fazer parte do contexto deste problema.

Conhecer claramente a causa dessa Subfertilidade ou Infertilidade, e as estratégias existentes na Medicina Reprodutiva para melhorar as chances de concepção, ajudam a diminuir o impacto negativo dessa fase para o casal. Fase, exatamente. O casal deve entender que a dificuldade experimentada faz parte de uma fase, que tão logo seja esclarecida, será superada com a ajuda de alguns dos inúmeros possíveis tratamentos que dispomos atualmente nessa área. Saber a partir de que momento procurar um especialista, saber definir o que é normal do que pode ser patológico, entender os processos de um tratamento, suas implicações clínicas, emocionais e éticas, podem significar a chave para o sucesso da gestação.

Contexto Atual da Infertilidade

O ingresso da mulher no mercado de trabalho postergou a maternidade, o que sem dúvida, contribuiu muito para que surgissem dificuldades no processo de se obter uma gestação. Sabemos que para a mulher, o fator "idade" está diretamente relacionado à reserva ovariana, tanto no que se refere à diminuição do número de folículos, quanto em relação à qualidade dos óvulos. Além desta falta de planejamento familiar em idade biologicamente mais adequada, a disseminação das Doenças Sexualmente Transmissíveis, o tabagismo, o estresse e até mesmo a poluição fizeram com que assuntos polêmicos como tratamentos em Reprodução Assistida, antes interpretados como ficção científica, adquirissem, hoje-sendo eles agentes facilitadores de Infertilidade-espaco importante nas mais diversas rodas sociais e na mídia.

Por se tratar de um problema cujo procedimento terapêutico requer alto nível de treinamento e estudo dos profissionais da Saúde, além do emprego de tecnologia avançada por parte da Indústria Farmacêutica, a Infertilidade abrange um conjunto de patologias de resolução financeiramente dispendiosa. Mas isso não deve ser encarado como um obstáculo pelos casais, uma vez que hoje em dia muitas são as formas de parcelamento do custo. Há também uma movimentação social acontecendo, para oferecer à população de baixa renda programas que contam com bons descontos nos tratamentos de Reprodução Assistida. Há também, grupos de médicos que, com finalidade acadêmica, fazem parcerias com Clínicas de Reprodução Humana e com laboratórios farmacêuticos, para oferecer opções de procedimentos a preços mais acessíveis.

A cada dia, tem ficado mais próximo do casal a possibilidade de superar a Infertilidade e atingir o tão nobre objetivo da maternidade. É comum, entretanto, que ao receber um prognóstico desfavorável em relação a uma gestação espontânea, este casal experimente as mais diversas formas de sentimentos negativos como tristeza, frustração, sensação de impotência, estados depressivos. Enfrentado um problema dessa natureza, mantenham a calma e a certeza de que há profissionais muito empenhados em ajudá-los, inúmeras possibilidades de ajuda, um número cada vez maior de tratamentos sendo estudados. Foquem-se em seus objetivos e perseverem, certamente vocês terão seu filho.

Causas de Infertilidade

1. Masculinas

A qualidade seminal pode ser afetada por vários fatores determinantes de Infertilidade. Esses fatores podem originar alterações no número, na forma (morfologia) e na maneira de se locomover (mobilidade) dos espermatozoides. Muitas vezes há uma combinação de parâmetros afetados.

Ainda que a fertilização espontânea requeira um espermatozóide por óvulo para formar o embrião, o **conjunto** de **milhões** de espermatozoides considerados normais é necessário para subir pelo corpo uterino, encontrar o óvulo na trompa, rodeá-lo e emitir substâncias que atuam na camada externa desse óvulo, provocando a permeabilidade do mesmo a um único e mais "forte" espermatozóide.

Dentre as possíveis causas mais comuns de infertilidade masculina, listamos as seguintes:

- Infecções do Trato Urinário Recorrentes.
- Doenças Sexualmente Transmissíveis.
- Varicocele. Hidrocele.
- Fatores genéticos hereditários ou adquiridos: por exemplo, microdeleções do cromossomo y.
- Fatores imunológicos.
- Exposição a agentes poluentes, como fumaças e gases tóxicos.
- Exposição profissional a agentes químicos, como benzeno, éter, etc.
- Exposição profissional contínua a altas temperaturas e a muito baixas temperaturas.
- Tabagismo.
- Drogas.
- Etilismo.
- Alimentos enlatados. Má alimentação.
- Excesso de tempo dirigindo veículos.
- Estresse.
- Químico ou radioterapia.
- Obstruções do trato genital masculino: cirúrgica (vasectomia), infecciosa.
- Torção testicular.
- Alterações hormonais, por problemas intrínsecos ao trato genital masculino, ou adquiridas como, por exemplo, excesso de exercícios físicos ou uso de anabolizantes.

2. Femininas

As causas femininas de infertilidade se enquadram em categorias que variam conforme a disposição anatômica afetada. Assim, elas podem ser originadas nos ovários, trompas, corpo do útero, colo uterino, vagina e até mesmo por fatores cerebrais (por exemplo, tumores benignos, malignos e alterações límbicas, isto é, alterações reativas ao comportamento e às emoções).

Se houver qualquer obstrução que impeça o encontro do óvulo com o espermatozóide (por exemplo, laqueadura ou ainda um mioma grande intra-uterino), chamamos de Infertilidade feminina de causa obstrutiva. Havendo alteração no processo ovulatório (por exemplo, Síndrome dos Ovários Policísticos ou ainda Menopausa Precoce), chamamos de Infertilidade feminina de causa ovulatória. Às vezes, o ovário produz bons óvulos, mas não forma corpo lúteo adequado. Como é essa a estrutura que mantém a gestação nos primeiros meses, a Infertilidade feminina decorrente também é de causa ovulatória. Já, sendo a dificuldade relacionada com a implantação do embrião ou com a capacidade do útero em manter uma gravidez, chamamos de Infertilidade feminina de causa uterina. Dentro desses dois grandes grupos se enquadram praticamente todos os fatores determinantes de Infertilidade na Mulher, citando:

- Infecções recorrentes do trato genital feminino.
- Doenças Sexualmente Transmissíveis.
- Cauterizações uterinas de repetição.
- Endometriose.
- Miomatose.
- Pólipos intra-uterinos.
- Curetagens uterinas.

- Leucorréias mal tratadas.
- Obesidade. Desnutrição.
- Excesso de atividade física.
- Estresse.
- Anovulação crônica ou Síndrome dos Ovários Policísticos.
- Menopausa Precoce.
- Alterações genéticas hereditárias ou adquiridas.
- Adenoma de hipófise.
- Alterações genéticas, etc.

3. Mistos

É cada vez mais comum que o casal procure um serviço de Reprodução Assistida com um diagnóstico básico já pré-estabelecido de Infertilidade de um dos parceiros, e que seja surpreendido, após investigação mais completa e aprofundada, com a notícia de que também o outro parceiro apresente alguma alteração em seu sistema reprodutivo.

Assim, torna-se extremamente importante a abordagem do casal em uma investigação minuciosa. É apenas a análise conjunta dos fatores determinantes de Infertilidade ou subfertilidade que irá capacitar o estereleuta a escolher o tratamento adequado ao casal. Um erro no processo de diagnose pode significar um gasto desnecessário com tratamentos incorretamente indicados. É por isso que, por exemplo, um casal que não possa engravidar por uma causa absoluta de Infertilidade como vasectomia ou laqueadura, não exclui a necessidade de investigação do parceiro, que poderá estar acometido com algum outro fator limitante em até 15% dos casos.

4. Infertilidade sem causa aparente

Uma parcela dos casais que enfrentam dificuldades para engravidar será amplamente investigada e nenhum fator determinante de Infertilidade será encontrado. Nesse caso, rotulamos essa dificuldade como Infertilidade sem causa aparente e procedemos ao Tratamento de Reprodução Assistida escolhido de acordo com características como fator idade, tempo de Infertilidade, grau de acometimento emocional, etc.

Com o avanço da tecnologia, houve uma melhora significativa na capacidade de elaboração diagnóstica da Infertilidade, o que tem feito com que essa categoria de pacientes diminua a cada ano, o que é positivo visto que o tratamento torna-se mais assertivo e o casal sente-se mais aliviado em conhecer o que tem dificultado a gestação.

Tipos de Tratamentos em Medicina Reprodutiva

Os tratamentos em Medicina Reprodutiva podem ser classificados em três categorias, de acordo com a complexidade de sua técnica. Em Reprodução Assistida – termo usado para definir a utilização de assistência médica no processo reprodutivo – um aconselhamento sobre o período ovulatório, uma averiguação sobre o hábito sexual do casal, ou uma fertilização *in vitro* são igualmente considerados como tratamento. Apresentam, contudo, uma ampla diferença no grau de execução do mesmo.

1. Tratamentos de baixa complexidade

São considerados tratamentos em Reprodução Assistida de baixa complexidade aqueles que exigem conhecimento médico específico sobre o assunto, porém intervenção técnica com recursos mais simples, como orientação concepcional baseada em análise do ciclo menstrual via ultrasonográfica, por exemplo. Assim, definimos o **Coito Programado** ou **Relação Sexual Programada-**

orientação e programação da relação sexual com base nas imagens ultrasonográficas indicativas de ovulação iminente, com ou sem uso de medicações para estimular hiperovulação – como um procedimento de baixa complexidade, o que não deve diminuir sua importância no que concerne a saber indicá-lo corretamente e corretamente conduzi-lo, a fim de não submeter o casal a um tratamento desnecessário ou mal feito. Podemos incluir também nesta classe, tratamentos de correção ou reposição hormonal que possam resultar em gravidez, correções dos ambientes vaginal e/ou peniano (acidez, infecções), aconselhamentos sobre frequência e adequação sexual, uso de polivitamínicos antioxidantes, entre outros. Esses tratamentos exigem como pré-requisitos: boa reserva ovariana, trompas que permitam passagem de sêmem (trompas pérvias), boa qualidade nos parâmetros seminais, ambiente vaginal e peniano saudáveis, cavidade uterina íntegra, canal cervical pérvio. Se bem indicados, oferecem uma chance de sucesso semelhante a que teria um casal sem nenhum acometimento relativo a Infertilidade.

2. Tratamentos de média complexidade

Tratamentos de média complexidade exigem, além do conhecimento aprofundado sobre Reprodução Humana e domínio de suas nuances, a associação com técnica laboratorial de preparo seminal. Nessa categoria está a conhecida **Inseminação Artificial**, um procedimento em que a paciente, em período ovulatório, geralmente num ciclo hiperestimulado com drogas indutoras da ovulação e monitorado por imagem ultrasonográfica, é submetida a uma introdução de líquido seminal colhido em laboratório, por masturbação, e processado em meios químicos específicos, através de um cateter bem fino, que ultrapassa o colo do útero para levar esse conteúdo para dentro da cavidade uterina, facilitando o encontro dos gametas na trompa de Falópio. Esse processamento seminal potencializa a mobilidade espermática, retirando agentes protéicos que poderiam estar causando a dificuldade da interação entre o binômio óvulo-espermatozoíde. Quando ela é feita usando-se o sêmem do próprio marido para o preparo, é chamada de **Inseminação Artificial Intra-Uterina Homóloga**. Se, ao contrário, houver o desejo de reprodução independente, ou se for absolutamente impossível obter-se sêmem do marido, recorre-se então aos bancos de sêmem, e o procedimento passa a ser denominado de **Inseminação Artificial Intra-Uterina Heteróloga**. Uma amostra congelada deste material é selecionada de acordo com características pré-determinadas pelo casal, em relação ao doador, observando-se informações como raça, altura, tipo sanguíneo, cor de olhos, tipo de cabelo, etc. Salvo raríssimas exceções, o doador de sêmem é anônimo, e sua amostra seminal é submetida a vários exames de rastreamento para garantir que esteja livre de processos patológicos que possam comprometer a saúde da receptora, igualmente ao que acontece, por exemplo, com as unidades de bolsa de sangue para transfusões. Escolhida a amostra seminal, ela é especificamente descongelada e submetida a um processamento seminal, a fim de ser transferida, ou inseminada, na receptora em fase ovulatória. Treze dias após o procedimento, já é possível detectar-se gravidez, se houver sucesso no tratamento. Quando bem indicada, a **Inseminação Artificial** oferece uma chance de sucesso de cerca de 24% por tentativa, acumulando até 80% em três tentativas subsequentes.

3. Tratamentos de alta complexidade

Os tratamentos de alta complexidade requerem exigências que devem ser cumpridas rigorosamente para resultarem em sucesso. É importante lembrar que em Medicina Reprodutiva, o sucesso não está apenas na obtenção de uma gravidez, como se pode pensar. Ele vai além, e o tratamento só pode ser considerado eficaz, se dele resultar um parto, com “bebê em casa”. O

mesmo rigor técnico exigido pelos demais tratamentos deve ser intensificado nessa categoria, que passa a ser multidisciplinar, em geral envolvendo equipe médica (estereleuta, anestesista, urologista) e equipes de biomedicina, enfermagem, psicologia, nutrição, entre outras. Os profissionais que trabalham com tratamentos de alta complexidade devem ser altamente treinados, e sempre reciclados em suas atribuições. As equipes sérias são sempre fiscalizadas em termos de qualidade laboratorial, número de embriões transferidos, taxa de gestação, taxa de “bebês em casa”, protocolos de tratamento, protocolos de transferência embrionária, etc. Geralmente, os laboratórios de Medicina Reprodutiva são acreditados a alguma instituição de renome, que assegura que o local atende a essas exigências. Dentre os tratamentos de alta complexidade, enquadram-se a **Fertilização *in vitro*** clássica, ou abreviadamente F.I.V clássica, e a chamada **Fertilização *in vitro*** pela técnica de **I.C.S. I**, ou simplesmente I.C.S. I, injeção intracitoplasmática de espermatozóide.

Na F.I.V clássica, os espermatozóides são colocados diretamente em contato com os óvulos, e a eles cabe o trabalho de **fecundação**. Isto é, assim como acontece nas trompas uterinas, milhões de espermatozóides envolvem o óvulo e ajudam na “perfuração” desta célula, para que apenas um espermatozóide, o mais “eficaz”, penetre-a e emita um sinal para bloquear a entrada de outros. Assim, está formado o zigoto, resultante da união entre um óvulo e um espermatozóide, e uma série de alterações químicas permitirão a **clivagem**, ou divisão celular desse zigoto, passando a ser chamado de embrião. Observe que não houve interferência técnica nessa união; o gameta feminino apenas foi colocado em contato com o gameta masculino.

Na I.C.S. I, ao contrário, o melhor espermatozóide é selecionado, os óvulos maduros e de boa qualidade são escolhidos, e a fecundação é dirigida por visão microscópica, sendo uma microagulha especial, da espessura de um fio de cabelo, a responsável pela entrada do espermatozóide no óvulo. Dessa maneira, não são necessários milhões de espermatozóides para que se processe a fertilização, o que com certeza é de suma importância para pacientes com problemas graves de infertilidade masculina. Também se garante a fertilização de óvulos, os quais, sem essa ajuda extra, não poderiam ser “perfurados”, por problemas intrínsecos ao seu aparelho genético. Por isso, a fertilização *in vitro* pela técnica de I.C.S.I permitiu que muitos casais que teriam de recorrer a bancos de sêmen para se tornarem pais biológicos, tivessem sua prole com seus próprios genes.

4. Etapas dos Tratamentos em Medicina Reprodutiva

Há algumas etapas comuns em quase todos os tratamentos de Infertilidade. São elas: fase de estimulação ovulatória controlada; fase de indução programada da ovulação; e fase de suporte de fase lútea. Todas elas têm objetivos semelhantes, diferindo quanto a complexidade de medicações e a quantidade utilizada, a depender do tipo de tratamento indicado.

- **Fase de Estimulação Ovulatória Controlada**

Tem como objetivo ajudar o ovário a superar sua capacidade natural de produzir apenas um óvulo naquele ciclo, estimulando uma “superovulação”, que será mais abundante quanto maior for a reserva ovariana (em linhas gerais, ligada diretamente à idade da paciente ou a uma característica intrínseca do ovário), quanto maior for a quantidade de estimulador utilizado e quanto menor for o índice de massa corporal da paciente. A superovulação deve ocorrer como forma de se aumentar as chances de fecundação. Como consequência, ela pode, também, aumentar as chances de casais submetidos a tratamentos de Reprodução Assistida terem gestações múltiplas (bi, trigemelares). Nessa fase, o médico pode ter ou não o controle total sobre o momento em que a paciente estará ovulando, ao bloquear a interferência do hipotálamo e da hipófise sobre o ciclo hormonal feminino, usando medicações específicas para esta função. Esse controle é temporário e permite que a paciente ovule apenas após a injeção de um indutor de ovulação. Dessa maneira, o médico consegue evitar uma possível evolução espontânea, o que em caso de Fertilização *in vitro* clássica ou em I.C.S. I inviabilizaria a coleta de óvulos pelo estereleuta.

Na I.I. U ou no Coito Programado, esse bloqueio não se faz necessário, salvo algumas exceções, já que os óvulos não necessitam serem coletados. Ainda assim em todos os procedimentos de Medicina Reprodutiva há que se ter um controle ultrasonográfico rigoroso, tanto para que se possa acompanhar o crescimento folicular e o desenvolvimento do endométrio, como para que sejam feitas intervenções adequadas evitando um excedente prejudicial de óvulos ou ainda sua produção insuficiente, e também para que sejam feitos ajustes com relação ao endométrio e a análise do melhor momento para realização do procedimento. A duração média dessa etapa é de 13 dias, variando de acordo com respostas individuais de cada paciente.

- **Fase do tratamento propriamente dito**

Nessa etapa, pressupõe-se pelo tamanho dos folículos, e, em alguns casos, por valores sanguíneos de estradiol, que os óvulos já estão prontos para serem fecundados. Em geral, usamos uma injeção de gonadotrofina coriônica para induzir a ovulação. A partir daí, de acordo com o tipo de tratamento, uma dessas condutas será tomada:

O casal que está em tratamento de **Coito Programado** será orientado a manter relações sexuais durante os próximos dias. Deverão ter como cuidado manter abstinência sexual de dois a cinco dias até o momento deste coito, e procurar manter o maior número de relações sexuais durante este período. Não orientamos nenhum tipo de posição específica, nem repouso, mas é interessante que a paciente permaneça deitada por cerca de quinze minutos, até que haja a ascensão dos espermatozoides pelo colo do útero. Evitar duchas e cremes intravaginais.

Na **Inseminação Artificial Intra –Uterina**, no dia suposto da ovulação, o casal é orientado a comparecer na Clínica, também com o mesmo período de abstinência sexual. Lá, há a coleta seminal pelo método de masturbação, em uma sala isolada para que o paciente se sinta, dentro do possível, à vontade. O paciente deve observar que nenhuma porção do ejaculado deverá ser perdida, pois isso implicará em uma diminuição na qualidade da amostra seminal preparada. Após a coleta, essa amostra é enviada ao laboratório, onde a biomédica fará um estudo de sua qualidade e, em seguida, submeterá o ejaculado a um processo de lavagem com um meio de tratamento capaz de eliminar impurezas que atrapalham a motilidade espermática. Esse sêmen fica potencialmente mais ativo para encontrar o ou os óvulos intra-útero. Após o preparo, a paciente é colocada em posição ginecológica; através de um espéculo, seu canal vaginal e seu colo uterino são visualizados, higienizados e embebidos em uma solução-tampão, para equilibrar o pH vaginal e manter o ambiente cervical o mais próximo possível do que estaria no momento de uma ovulação espontânea. Aspiramos o muco excedente com uma pequena seringa de 1 mL, para que essa substância não atrapalhe a inseminação. A biomédica nos dá então uma seringa contendo o chamado **lavado seminal**, acoplada a um fino cateter que, suavemente nas mãos habilidosas de um médico estereleuta, transpassa o colo uterino. Lentamente, aquele material é inseminado cavidade uterina a dentro, perfaz o trajeto das trompas de Falópio, para então entrar em contato com o gameta feminino. A pergunta que se faz nesse momento é a seguinte: Por que, se os gametas se encontram em condições tão propícias, pode haver falha no processo de fecundação? A resposta a essa questão envolve diversos fatores. A amostra seminal pode não ter adquirido qualidade suficientemente boa com o preparo em laboratório. Outra possibilidade é que os óvulos não tenham, durante seu crescimento, adquirido qualidade suficiente para serem fecundados, ou que o endométrio não tenha atingido a espessura e a qualidade suficientes para permitir nidação (implantação do embrião no útero). Há ainda que se observar a presença de cólica durante o processo de inseminação e se o material inseminado refluiu retrogradamente do colo para a vagina.

Infecções vaginais e/ou seminais também alteram negativamente o resultado e, portanto, esses fatores devem ser corrigidos antes dessa etapa.

Tanto na **Fertilização *in vitro* clássica** como na **I.C.S.I**, horas antes do tempo previsto para ocorrer a ovulação, a paciente é submetida a uma sedação. Essa sedação é adequadamente monitorizada por um anestesista, que acompanhará todo o procedimento de coleta de óvulos, em ambiente cirúrgico, isto é, que obedece a padrões de esterilização hospitalar. Ela é então posicionada ginecologicamente, e submetida à assepsia e anti-sepsia. Uma sonda transvaginal é acoplada a um guia, através do qual, passa uma longa e fina agulha. Esse conjunto é introduzido delicadamente no canal vaginal e fornecerá as imagens necessárias para que o médico estereleuta guie essa agulha em direção aos folículos e, por aspiração, colete os óvulos. Esta é uma técnica difícil, e exige um bom treinamento para que seja adequadamente eficaz. Os óvulos coletados são imediatamente transferidos ao laboratório, onde serão cuidadosamente identificados e colocados em meios de crescimento adequados, muito semelhantes aos fluidos uterinos no período ovulatório. Isto é, um bom laboratório mimetiza o mais próximo possível o que a natureza faria espontaneamente. O material seminal, colhido em outra sala, com os mesmos preparos e cuidados já descritos na técnica de **Inseminação Intra Uterina**, é então, da mesma maneira, processado em centrífuga, com meios especiais, e analisado. Os melhores espermatozoides são escolhidos, e a partir de então, a biomédica já estará em condições de executar a técnica indicada (clássica ou I.C.S.I). Com cerca de 24 horas é possível sabermos se a fertilização foi bem sucedida e inclusive classificarmos os embriões de acordo com algumas características morfológicas apresentadas, para predizermos sua qualidade. Com cerca de 48 horas, os embriões já poderão ser transferidos para o útero, porém é comum que esperemos de 3 a 5 dias, pois este intervalo permite com que possamos selecionar com maior rigor aqueles que terão maior chance de implantação.

No dia da transferência embrionária, a paciente deve comparecer à Clínica com a bexiga cheia. Não há necessidade de jejum. A bexiga, repleta de urina, servirá de contraste para que o ultrasonografista consiga acompanhar por ultrasonografia pélvica, a passagem dos embriões pelo canal cervical e para que possa guiar a melhor área do endométrio em que os embriões deverão ser colocados.

A paciente é colocada em posição ginecológica, submetida a uma rigorosa assepsia do canal vaginal, feita sob visão especular. O muco vaginal em excesso é então aspirado com uma fina seringa de 1 mL, e o canal cervical é embebido em solução-tampão, para deixá-lo em condições essenciais para a transferência. O casal é então apresentado aos embriões, que têm suas imagens magnificadas e transmitidas a uma tela de televisão. Nesse momento, o médico, a biomédica e o casal deverão decidir em conjunto a quantidade de embriões a ser transferida. Essa decisão, em linhas gerais, deve basear-se nos seguintes fatores:

- Idade da paciente;
- Número de tentativas anteriores mal sucedidas;
- Qualidade embrionária;
- Características do endométrio;
- Fator causador da Infertilidade;
- Desejo ou não de gestação múltipla, entre outros.

A decisão final é sempre do casal. A equipe procura auxiliar com base em sua experiência e nas evidências mostradas, e até sugere sua opinião. Mas de forma nenhuma, o casal deve sentir-se acuado em rejeitá-la, e sempre será respeitada a sua escolha.

Os embriões escolhidos são passados para um cateter específico, capaz de ultrapassar suavemente o colo uterino e, suavemente, depositar os embriões na zona endometrial determinada pela visão ultrasonográfica. O desconforto sentido pela paciente deve ser apenas o de sentir sua bexiga cheia. Terminado o procedimento, a biomédica revisa as paredes do cateter, para garantir que nenhum

embrião tenha permanecido “grudado”. Se esse for o caso, o procedimento é repetido e o cateter é novamente revisto.

Cateter limpo, é o momento de se esvaziar, finalmente, a bexiga. Após algum repouso, o casal é liberado. A paciente deve procurar manter-se em repouso, pelo menos por 24 horas, ainda que os estudos não comprovem que esse repouso altere a taxa de gravidez.

- **Manutenção da fase lútea**

Corpo Lúteo é a estrutura anatômica responsável pela manutenção da gestação até a 13ª semana, quando a placenta assumirá o controle hormonal até então por ele exercido. É formado pela transformação do folículo dominante pós-ovulatório em uma “glândula” capaz de produzir estrogênio e progesterona. Nos tratamentos de Reprodução Assistida, costuma-se complementar essa fase com progesterona via vaginal e, algumas vezes, com estrogênio via oral ou transdérmica, uma vez que o corpo lúteo ou os corpos lúteos são formados “artificialmente” e, por isso, podem não produzir adequadamente a quantidade ideal desses hormônios. Outras vantagens para a prática da manutenção da fase lútea são: melhora da qualidade do endométrio; e aumento das atividades imunomoduladora e uterolítica da progesterona. Com isso, conseguimos melhorar as chances de implantação embrionária e diminuir os riscos de abortamento.

5. Cuidados pré-tratamento

É fundamental prestar atenção às orientações médicas e conhecer bem as etapas de seu tratamento, independente do grau de complexidade do mesmo. Isso pode garantir que não se ponha em risco o resultado final, o que significaria não apenas uma perda financeira, mas também desgastes emocional e físico desnecessários em uma fase já tão delicada. Aprender o manuseio das medicações, quase todas injetáveis, respeitar os horários de aplicação das mesmas, comparecer aos exames de controle são passos indispensáveis ao tratamento eficaz.

Aproveite ao máximo sua consulta para sanar suas dúvidas, peça à equipe para lhe demonstrar, na prática, o preparo e a aplicação das injeções. Procure observar o modo adequado de se conservar cada ampola, a temperatura ideal, a segurança do local em que devem ser armazenados, para que as substâncias sejam minimamente manipuladas ou agitadas. Leia e releia as receitas. Confira as doses e as medicações prescritas para cada fase. É muito comum que a paciente se confunda com relação ao que deve ser introduzido e o que deve ser interrompido. De maneira geral, todas as medicações de uso **oral** não são nunca interrompidas, a não ser que a gestação já tenha sido descartada. Já as medicações injetáveis poderão ter suas doses modificadas ou adaptadas de acordo com a resposta de seu organismo, que será monitorada através dos exames de Ultra-som (e, em alguns tratamentos, exames de sangue), realizados em dias específicos do ciclo menstrual. Se houver dificuldade para que o casal aplique as injeções, quer seja por medo ou aflição, quer seja por inabilidade técnica, procure um farmacêutico habilitado ou uma enfermeira, exponha o tratamento e sua necessidade. É raro que esses profissionais se neguem a ajudar.

Os locais ideais de aplicação dessas medicações são: abdome e face interna de coxa. Manchas arroxeadas (hematomas), não são comuns, contudo seu aparecimento, exceto quanto a questão estética, não compromete em nada e não deve preocupar. Pomadas específicas, como Hirudoid® ou arnica, podem minimizar o desconforto e diminuir o tempo de reabsorção do hematoma. Não hesite em ligar para a equipe sempre que se sentir insegura.

Se seu tratamento tiver procedimento que envolva sedação (coleta de óvulos, punções testiculares, biópsias), é importante lembrar de manter jejum. Orientamos 8 horas para **alimentos sólidos** e 5 horas para **água**. Os anestesiologistas consideram qualquer líquido que difere de água potável como sendo alimento sólido. O casal deve se apresentar na Clínica para o tratamento com cerca de 1 hora de antecedência, para que tenham tempo de ler ao questionário anestésico e para assinarem algum contrato ainda não assinado.

Aliás, os contratos pré-informados devem ser lidos e discutidos se necessário com o seu médico, cabendo ao casal assiná-los antes do tratamento, ao chegarem em um acordo. Esse contrato é uma segurança bilateral de que tudo sairá conforme o combinado em consulta.

6. Cuidados pós-tratamento

É importante saber que a gestação conseguida através de um tratamento de Medicina Reprodutiva será sempre uma gestação bem assistida. No entanto, isso não deve significar que o casal necessite transformar esse período em um bibelô de cristal. O médico obstetra pode manter constante contato com a equipe responsável pelo tratamento, e com isso oferecerá um bom e adequado suporte à mamãe. Em geral, a paciente mantém vínculo com a Clínica de Medicina Reprodutiva até a 12ª semana de gestação, em consultas mensais, quinzenais ou semanais, de acordo com a necessidade apresentada.

Até que não se saiba o resultado final do tratamento, isto é, se ele resultou ou não em gravidez, aconselhamos que a paciente procure manter normais suas atividades rotineiras, exceto exercícios físicos, que deverão ser evitados até que se estabeleça uma gestação em curso normal. A paciente deve se comportar após o tratamento como se estivesse grávida, portanto, deve seguir as orientações médicas quanto a restrições medicamentosas, horários de alimentação, aplicação de agentes químicos nos cabelos, hidratação oral, sono etc. Bebidas e alimentos com cafeína devem ser evitados (chá, café, chocolates), sendo muito adequado um aconselhamento nutricional. Atividade sexual também fica suspensa até segunda ordem.

O exame de Bhcg (teste de gravidez) será realizado no 13º dia pós-procedimento assistido. Se positivo, será repetido em 7 dias, para que se verifique o adequado estabelecimento da gestação através de uma curva traçada com esses dois resultados. Sete dias após a realização do segundo teste de Bhcg, um exame ultrasonográfico mostrará o número de sacos gestacionais presentes intra-útero, e se há ou não batimentos cardíacos embrionários. Na ausência destes últimos, o exame é repetido após alguns dias, geralmente então exibindo atividade do embrião. Estabelecida a gestação em curso, é hora de iniciar o Pré-Natal. Até que se receba outra ordem, a paciente deve manter todas as suas medicações utilizadas na manutenção de fase lútea. Essas drogas foram prescritas de acordo com o seu perfil diagnóstico, para melhorar as chances de implantação embrionária e para evitar abortamento precoce.

Em caso de falha no tratamento, isto é, Bhcg negativo, as medicações serão suspensas pelo médico e uma consulta deve ser agendada para que se dê seguimento a outra tentativa. A consulta é **fundamental** para que se estabeleça um inventário de todo o acompanhamento realizado, procurando detectar os possíveis problemas ocorridos. Com isso, o estereleuta tem condições de elaborar nova estratégia de tratamento, o que deve aumentar as chances de sucesso numa tentativa posterior.

7. Considerações gerais

O casal deve sempre manter uma atitude positiva em relação às expectativas do tratamento, sem, contudo, encarar aquela tentativa como se fosse o último recurso a permitir uma gestação. É o conjunto das tentativas sucessivas de um tratamento que permite ao estereleuta conhecer adequadamente o perfil de resposta de cada casal ao protocolo utilizado, e estabelecer os ajustes necessários, avaliando inclusive a adequação de sua indicação terapêutica. O conjunto das tentativas, e não uma tentativa isolada, oferece uma grande chance de gestação, pois mostra o protocolo ideal àquele casal. Portanto, programar-se para passar um período em tratamento, ao invés de encarar uma tentativa como sendo o tratamento todo, é fundamental para manter o positivismo em relação ao seu objetivo, o que passa a ser de suma importância. A atitude positiva diminui o estresse que o casal experimenta nessa situação, melhora o companheirismo, evita quadros de depressão. Tão importante quanto uma atitude positiva, é o diálogo, que deve ser constante tanto entre o casal, como entre o casal e a equipe. Falar de suas dificuldades, esclarecer

dúvidas, mostrar seus receios, solicitar tantas vezes quantas necessárias explicações sobre o seu diagnóstico e sobre o protocolo de tratamento estabelecido, amplia sua visão sobre essa fase. O resultado final é que, em geral, os casais saem dessa experiência fortalecidos individualmente e entre si. Passam a focar seus objetivos e a elaborar estratégias para obtê-los, com a sensação de que são capazes de tudo superar, e isso é muito bom não apenas para aquele momento como para a vida toda.

Conte sempre com o apoio de um profissional especializado para expor suas emoções, medos e dificuldades. Consultar um psicólogo é tão importante quanto se interar sobre o que é infertilidade. As boas Clínicas de Reprodução Humana sempre têm, em sua equipe, um (a) psicólogo(a) especializado(a) em situações de infertilidade para poder ajudá-lo. A atuação deste profissional visa diminuir as tensões geradas pelo diagnóstico apurado. Mais que isso, visa ajudar ao casal a se decidir quanto a estar disposto ou não a fazer o tratamento, cuidando para que a decisão final esteja livre de sentimentos de culpa, raiva, angústias. Temos observado rotineiramente o impacto positivo da ação do psicólogo sobre os pacientes e sobre a equipe, razão pela qual consideramos de fundamental importância sua participação.

Em linhas gerais, pontuamos os aspectos que julgamos mais relevantes ao casal que encontra dificuldades em gestar. São aspectos informativos e dicas que esperamos poder ajudá-los, tornando mais fácil essa fase. Lembramos mais uma vez: **é uma fase!** Seu empenho e sua perseverança, além de uma atitude sempre positiva, colocarão em seus braços seu tão sonhado filho.

Um forte abraço,

Clínica Engravidar de Medicina Reprodutiva.