Internato 2026

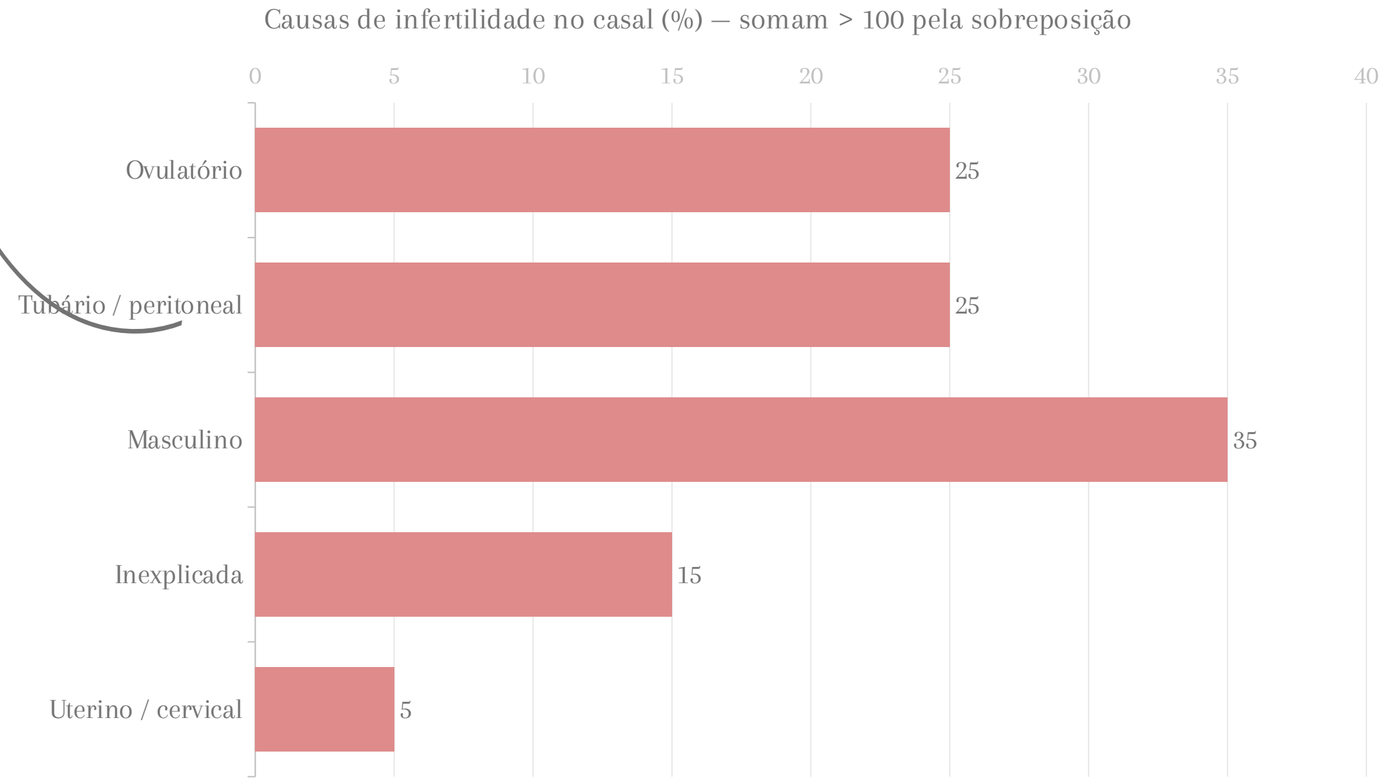
Infertilidade

Luis Paulo Zica

Principais objetivos:

1. Definir infertilidade e saber quando começar a investigar
2. Investigar o casal em uma consulta: espermograma, ovulação, reserva e tubas
3. Entender a idade como o principal fator prognóstico
4. Conhecer os tratamentos: indução, inseminação, FIV/ICSI e preservação
5. Saber quando encaminhar — e o que não pedir

EPIDEMIOLOGIA | QUEM NÃO ENGRAVIDA



1 em 6

casais em idade reprodutiva tem dificuldade para engravidar — 17,5% da população adulta no mundo (OMS 2023)

35 anos

idade a partir da qual a fecundabilidade mensal cai de 20–25% para menos de 10% aos 40

40%

dos casos têm fator masculino isolado ou associado — metade das investigações começa pelo homem

Fontes: OMS, Infertility Prevalence Estimates 1990–2021 (2023); ASRM Practice Committee, Fertil Steril 2020; FEBRASGO, Infertilidade conjugal (2021).

Quando e como investigar

Uma consulta bem feita resolve a maioria das dúvidas



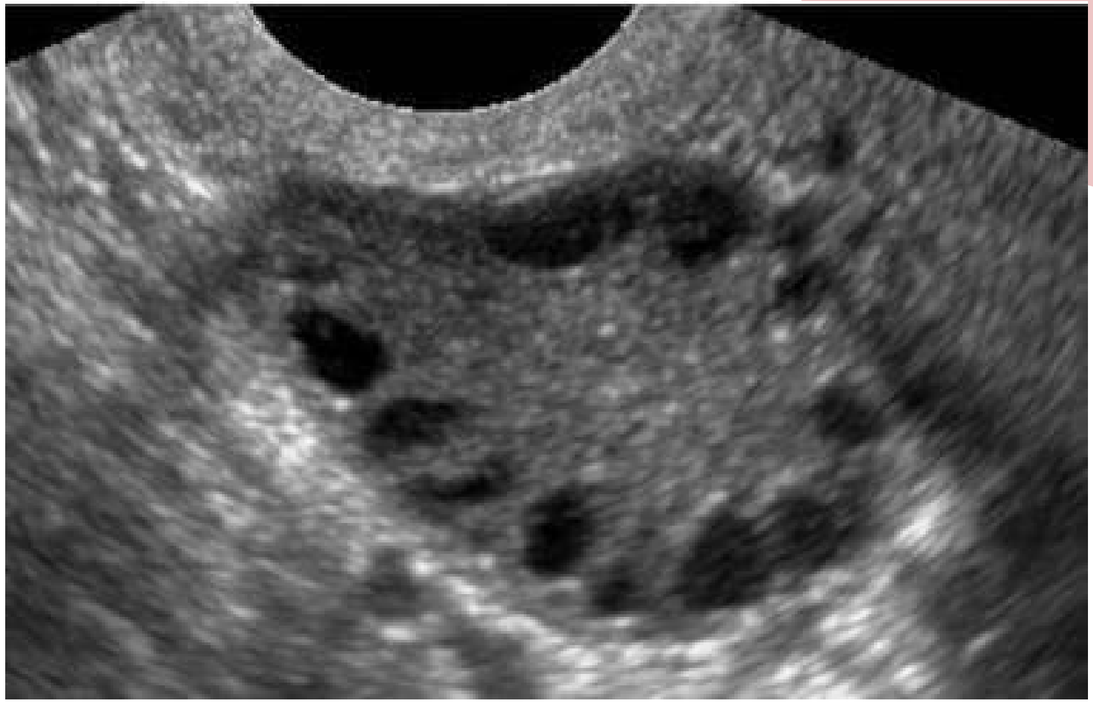
CASO 1 | JÁ FAZ MAIS DE UM ANO'

Juliana, 29 anos, e Rafael, 31 anos.

Tentam engravidar há 14 meses, relação sexual 2–3 vezes por semana, sem contracepção. Nenhuma gestação prévia do casal.

Ela: menarca aos 13, ciclos de 35 a 60 dias desde a adolescência, acne e pelos no mento; IMC 29. Nunca investigou. Ele: saudável, não fuma, sem varicocele conhecida.

Exame ginecológico normal. Ela pergunta: 'preciso fazer aquele exame da trompa? E ele, precisa fazer alguma coisa?'



USTV: ovários com múltiplos folículos periféricos

É infertilidade? O que pedir para ela — e para ele — já na primeira consulta?

Imagem: acervo da aula.

DEFINIÇÃO | QUANDO COMEÇAR

Infertilidade

Ausência de gestação após 12 meses de relações regulares sem contracepção.
Primária: nunca engravidou
Secundária: já teve gestação (mesmo aborto ou ectópica)
Fecundabilidade normal: 20–25% por ciclo; 85% engravidam em 1 ano, 92% em 2.

Investigar antes de 12 meses

≥ 35 anos: após 6 meses
› 40 anos: imediatamente
Causa conhecida:
oligo/amenorreia, endometriose, DIP ou cirurgia tubária prévia, criptorquidia ou quimioterapia no homem
Investigar o casal em paralelo — nunca a mulher primeiro e o homem 'depois'.

O que a anamnese já responde

Frequência e dificuldade sexual (vaginismo, disfunção erétil).
Ciclos regulares de 25–35 dias = ovulação em > 95%.
Dismenorreia e dispareunia → endometriose.
DIP, ectópica, cirurgia pélvica → fator tubário.
Tabaco, álcool, anabolizantes, calor escrotal, lubrificantes espermicidas.

Fontes: ASRM Practice Committee, Fertil Steril 2020;113:533-5; NICE CG156 (2013, atual. 2017); FEBRASGO 2021.

INVESTIGAÇÃO BÁSICA | O QUE PEDIR NA PRIMEIRA CONSULTA

Pergunta	Exame	Como interpretar
Ele produz espermatozoides?	Espermograma (3–7 dias de abstinência; repetir em 3 meses se alterado)	OMS 2021 (limites de referência): volume ≥ 1,4 mL · concentração ≥ 16 milhões/mL · total ≥ 39 milhões · motilidade progressiva ≥ 30% · morfologia ≥ 4% Azoospermia ou < 5 milhões/mL → urologia + FSH, testosterona, cariótipo/microdeleção Y
Ela ovula?	Ciclos regulares já respondem; progesterona sérica 7 dias antes da menstruação esperada (D21 no ciclo de 28)	Progesterona > 3 ng/mL confirma ovulação. Oligo/amenorreia: TSH, prolactina, FSH/LH, androgênios (SOP?)
Qual a reserva ovariana?	AMH (qualquer dia do ciclo) e contagem de folículos antrais (USTV D2–5); FSH + estradiol D3 como alternativa	AMH < 1 ng/mL ou CFA < 5–7 = baixa reserva → encaminhar cedo. Reserva prediz resposta à estimulação, NÃO a chance de engravidar espontaneamente
As tubas estão pérvias?	Histerossalpingografia (D6–11, após a menstruação, sem relação); histerossonografia; laparoscopia com cromotubagem se suspeita de endometriose/aderências	Prova de Cotte positiva = contraste cai no peritônio. Obstrução bilateral → FIV; hidrossalpinge → salpingectomia antes da FIV (dobra a taxa de gestação)
O útero é normal?	USTV (miomas submucosos, pólipos, malformações); histeroscopia se alterado	Mioma intramural sem distorcer a cavidade não precisa ser operado para engravidar

Fontes: OMS, Laboratory Manual for the Examination and Processing of Human Semen, 6ª ed. 2021; ASRM 2020; FEBRASGO 2021.

O QUE NÃO PEDIR (E POR QUÊ)

Teste pós-coito abandonado: não muda conduta nem prediz gestação (Oei SG et al., BMJ 1998).

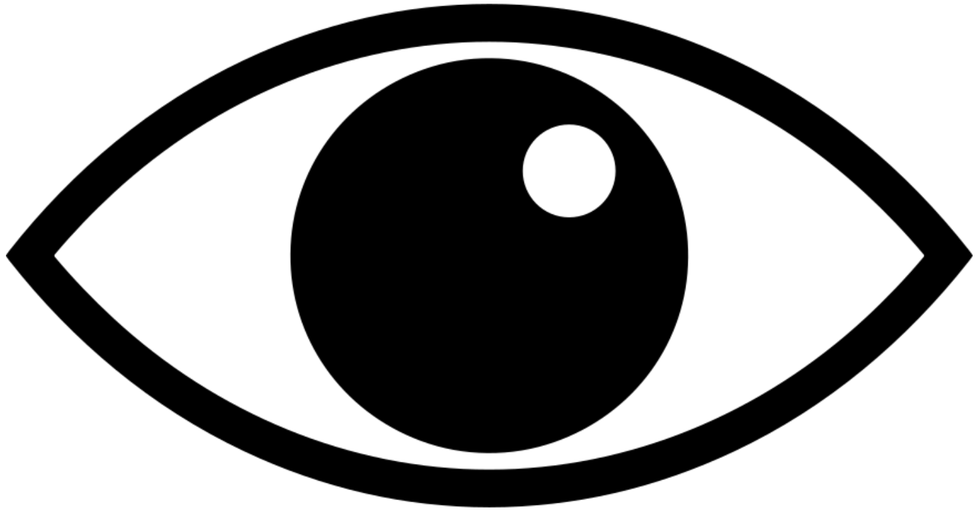
Cariótipo do casal de rotina só em azoospermia/oligozoospermia grave, aborto de repetição ou insuficiência ovariana prematura.

Trombofilias não têm relação com infertilidade nem com falha de implantação — pesquisar só em trombose prévia ou perda gestacional tardia (SAAF).

Dosagens hormonais 'completas' em quem tem ciclo regular
FSH, LH, estradiol, prolactina e TSH em ciclos de 28 dias raramente mudam algo; TSH vale a pena (meta < 2,5 na infertilidade é discutível — tratar se > 4).

Curva de temperatura basal e kits de LH como diagnóstico
ansiedade sem acurácia; a progesterona de fase lútea responde melhor.

Ultrassom seriado 'para ver se ovula' monitorização só em ciclo de tratamento.



Olhar o que importa: espermograma, ovulação, reserva, tubas, útero

Fontes: ASRM Practice Committee 2020; NICE CG156; Practice Committee of the ASRM, Fertil Steril 2012 (trombofilias).

ALGORITMO | A PRIMEIRA CONSULTA DO CASAL

Casal sem gestação após 12 meses (6 meses se ≥ 35 anos)

ELE: espermograma (OMS 2021). Alterado → repetir em 3 meses; < 5 milhões/mL ou azoospermia → urologia, FSH/testosterona, genética

TUBAS: HSG na 1ª fase do ciclo; obstrução bilateral ou hidrossalpinge → FIV (salpingectomia antes)

ELA — ovulação: ciclo regular 25–35 d = ovula; irregular → TSH, prolactina, FSH/LH, androgênios, 17-OHP

ÚTERO: USTV; pólipo, submucoso ou septo → histeroscopia antes de tratar

ELA — reserva: AMH + CFA (USTV D2–5). Baixa (< 1 ng/mL, CFA < 5–7) → encaminhar sem esperar

Tudo normal = infertilidade inexplicada (15%): coito programado 3–6 ciclos se < 35 anos; inseminação 3–4 ciclos; depois FIV

Em paralelo, sempre: ácido fólico 0,4 mg, peso, tabaco e álcool, sorologias do pré-concepcional (sífilis, HIV, hepatites, rubéola, toxo), preventivo em dia, vacinas. Casal ≥ 38 anos: investigar e encaminhar ao mesmo tempo.

Fontes: ASRM Practice Committee 2020; NICE CG156; FEBRASGO, Infertilidade conjugal 2021.

FATOR TUBÁRIO, UTERINO E MASCULINO

Tubário e peritoneal

DIP (clamídia é a principal: 12% de obstrução após 1 episódio, 50% após 3), ectópica, cirurgia pélvica, endometriose, tuberculose genital.
HSG normal não exclui aderências peritubárias; laparoscopia se dor ou suspeita de endometriose.
Hidrossalpinge: líquido tóxico reflui para a cavidade — salpingectomia ou clipagem antes da FIV dobra a taxa de nascido vivo.
Reanastomose tubária após laqueadura: opção em < 37 anos com tubas longas; senão FIV.

Uterino

Mioma submucoso (FIGO 0–2) e pólipo: ressecção histeroscópica melhora a taxa de gestação.
Intramural sem distorcer cavidade: não operar por infertilidade.
Septo uterino: mais aborto que infertilidade; septoplastia histeroscópica em perda de repetição.
Sinéquias (Asherman): após curetagem; lise histeroscópica + estrogênio.
Adenomiose: pior resultado em FIV; análogo de GnRH antes da transferência.

Masculino

Espermograma é triagem, não diagnóstico: alterado em 2 amostras → urologista/andrologista.
Causas: varicocele (40% dos inférteis), infecções, criptorquidia, obstrução, genéticas (Klinefelter, microdeleção Y, fibrose cística/agenesia de deferentes), hormonais, anabolizantes, calor, tabaco, obesidade.
Tratamento: corrigir causa; varicocelectomia se clínica + espermograma alterado; FSH/hCG no hipogonadismo hipogonadotrófico; antioxidantes sem evidência robusta.
Azoospermia obstrutiva: punção (PESA/TESE) + ICSI; não obstrutiva: micro-TESE recupera em 50%.

Fontes: Weström L, Sex Transm Dis 1992; Strandell A et al., Hum Reprod 1999 (hidrossalpinge); AUA/ASRM Male Infertility Guideline 2020; ESHRE 2022 (endometriose).

A IDADE É O PRINCIPAL FATOR

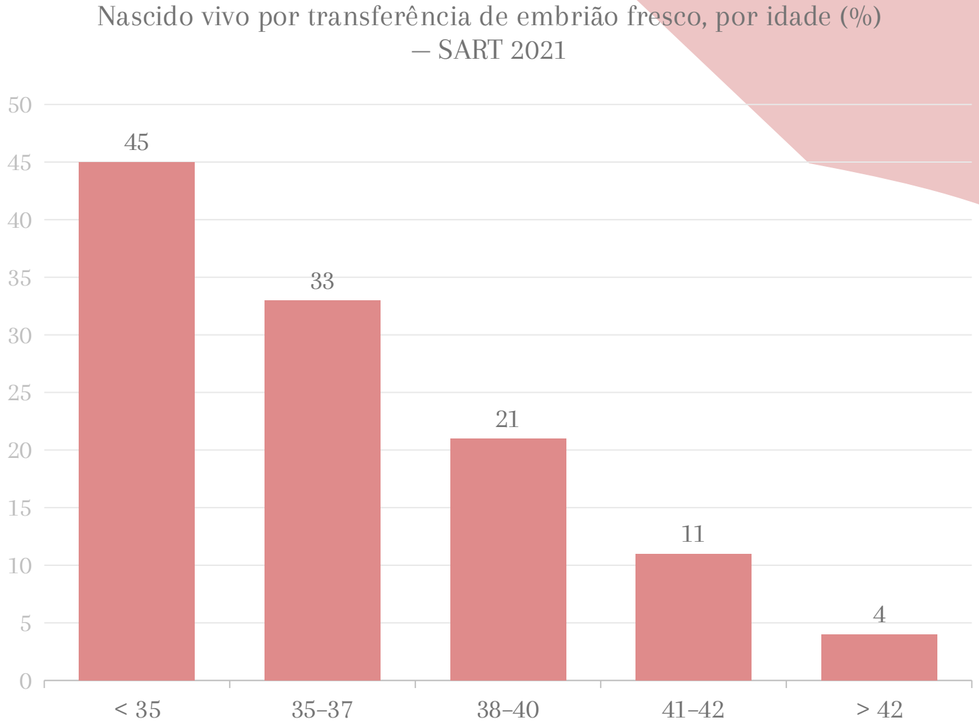
Quantidade a mulher nasce com 1–2 milhões de oócitos, tem 300–500 mil na menarca e cerca de 25 mil aos 37 anos — quando a queda acelera.

Qualidade aneuploidia embrionária: ~30% aos 30 anos, 60% aos 40, > 80% aos 44. Por isso o aborto e a falha de implantação aumentam mesmo com AMH 'bom'.

Fecundabilidade mensal 20–25% até 30 anos; 15% aos 35; < 10% aos 40; < 3% aos 44.

O homem também envelhece após 40–45 anos: menor motilidade, mais fragmentação do DNA, mais mutações de novo e aborto.

Mensagem para o consultório com 35 anos, 6 meses; com 38, não esperar: investigar e encaminhar em paralelo; com 40, o tempo vale mais que qualquer exame.



Fontes: SART National Summary Report 2021 (sart.org); Franasiak JM et al., Fertil Steril 2014 (aneuploidia por idade); ASRM Committee Opinion, Female age-related fertility decline (2014, reaf. 2020).

CASO 1| RESOLUÇÃO

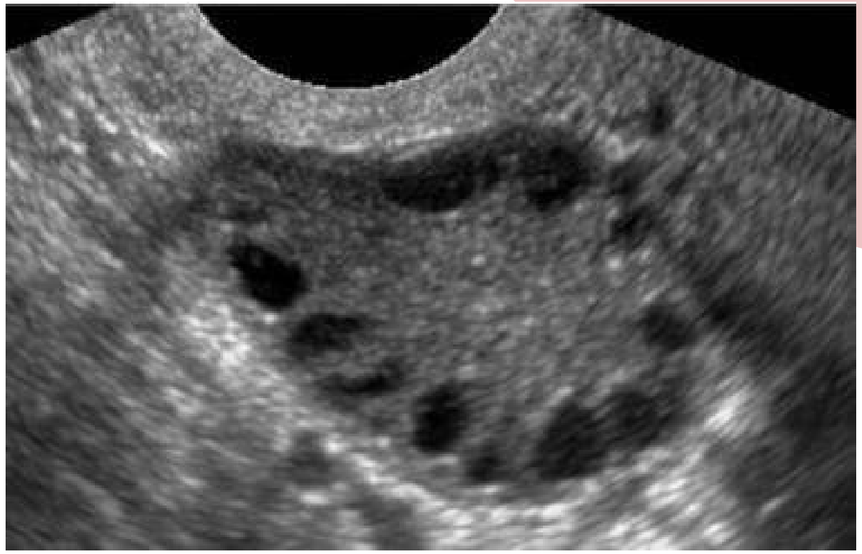
Infertilidade primária com fator ovulatório provável: SOP.
Ciclos de 35–60 dias + hiperandrogenismo clínico fecham Rotterdam (2 de 3). O USG confirma o terceiro critério, mas era dispensável.

Para ela: TSH, prolactina, 17-OH-progesterona (excluir diferenciais), AMH ou CFA, HSG. Progesterona de fase lútea não faz sentido em quem claramente não ovula.

Para ele: espermograma já — antes de qualquer tratamento dela. Em 40% dos casais há fator masculino associado.

Conduta: perda de 5–10% do peso (restaura ovulação em boa parte); letrozol 2,5–7,5 mg D3–D7 com coito programado por até 6 ciclos; monitorizar com USG no 1º ciclo (risco de múltiplos 5–8%). Metformina pode ser associada.

Se não engravidar em 6 ciclos ovulatórios ou se a HSG mostrar obstrução: encaminhar para reprodução assistida (gonadotrofinas ou FIV).



Investigar os dois juntos

Letrozol: 1ª linha na SOP

HSG antes de induzir

6 ciclos, depois encaminhar

Fontes: Legro RS et al., NEJM 2014;371:119-29 (letrozol × clomifeno); Teede HJ et al., International PCOS Guideline 2023.

Tratamentos

Do mais simples ao mais complexo — e quando pular etapas



CASO 2 | 'SÓ OITO MESES. MAS...'

Beatriz, 38 anos, advogada, e Marcos, 41 anos.

Tentam há 8 meses. Ciclos regulares de 26 dias, sem dismenorreia. Nunca engravidou. Usou ACO dos 20 aos 36 anos.

Já trouxe exames: AMH 0,6 ng/mL; contagem de folículos antrais 4; FSH D3 11 UI/L; TSH e prolactina normais. Espermograma dele normal (OMS 2021). HSG: tubas pérvias.

Chega angustiada: 'disseram que eu estou na menopausa precoce'.



Ela está na menopausa? Dá para esperar completar 12 meses? Qual o caminho mais curto até um bebê?

TRATAMENTOS | ESCALONAMENTO

Corrigir o que atrapalha

Hipotireoidismo (TSH > 4), hiperprolactinemia (cabergolina), obesidade (–5–10%), baixo peso, tabagismo, álcool, anabolizantes.
Varicocele clínica com espermograma alterado: correção melhora parâmetros.
Endometrioma, pólipo, mioma submucoso, hidrossalpinge: tratar antes de FIV quando indicado.

Indução da ovulação + coito programado

Letrozol 2,5–7,5 mg D3–D7: 1ª linha na SOP (mais nascidos vivos que clomifeno, menos múltiplos)
Clomifeno 50–150 mg D3–D7: alternativa; antiestrogênico no endométrio e muco
Gonadotrofinas FSH recombinante em dose baixa, com USG seriado: para falha dos orais; risco de múltiplos e hiperestímulo
Relação a cada 1–2 dias na janela fértil.

Inseminação intrauterina

Capacitação do sêmen + deposição intrauterina na ovulação (hCG).
Indicações: fator cervical, masculino leve (≥ 5 milhões móveis progressivos após capacitação), inexplicada, disfunção sexual, sêmen de doador
Taxa 10–15% por ciclo; máximo 3–4 ciclos e depois FIV.
Pré-requisito: pelo menos uma tuba pérvia.

Fontes: Legro RS et al., NEJM 2014; NICE CG156; ASRM Committee Opinion, Fertil Steril 2020 (IUI); FEBRASGO 2021.

INDUÇÃO DA OVULAÇÃO | ESQUEMAS E CUIDADOS

Droga	Esquema	Para quem	Cuidados
Letrozol	2,5 mg (até 7,5 mg) VO, D3 a D7; relação a partir do D10 ou gatilho com hCG 250 µg quando folículo ≥ 18 mm	1ª linha na SOP; também na inexplicada	Ovulação em 70–80%; múltiplos 3–8%; off-label no Brasil (bula oncológica) — consentimento; sem teratogenicidade (Tulandi 2006)
Clomifeno	50 mg D3–D7 (até 150 mg); testar progesterona D21	SOP se letrozol indisponível; inexplicada	Antiestrogênico em endométrio e muco; múltiplos 8%; máximo 6 ciclos ovulatórios; fogachos, alteração visual (suspender)
Metformina	1,5–2 g/dia	SOP com resistência insulínica; adjuvante ao letrozol	Sozinha induz menos que letrozol; reduz hiperestímulo na FIV
Gonadotrofinas (FSH r)	37,5–75 UI/dia 'step-up' lento com USG a cada 2–3 dias; hCG quando 1–2 folículos ≥ 17 mm; cancelar se ≥ 3	Falha dos orais; hipogonadismo hipogonadotrófico (FSH + LH)	Múltiplos 20%, hiperestímulo; só com monitorização; custo alto
Drilling ovariano	Laparoscopia: 4 puncturas por ovário	SOP resistente ao clomifeno, 2ª linha	Risco de aderências e reserva; raramente usado hoje

Fontes: Legro RS et al., NEJM 2014; Teede HJ et al. 2023; Tulandi T et al., Fertil Steril 2006; ESHRE/ASRM Consenso de Thessaloniki 2008.

FIV E ICSI

Indicações

Fator tubário bilateral (a indicação original — Louise Brown, 1978).
Fator masculino grave (ICSI: um espermatozoide injetado no oócito; azoospermia obstrutiva com punção testicular).
Endometriose avançada, falha de 3–4 inseminações, baixa reserva, idade ≥ 38–40.
Preservação da fertilidade e diagnóstico genético pré-implantacional (PGT).

Como é um ciclo

Estimulação com gonadotrofinas 8–12 dias + antagonista de GnRH; gatilho com hCG ou agonista.
Punção folicular transvaginal sob sedação; fertilização (FIV convencional ou ICSI); cultivo até blastocisto (D5).
Transferência de UM embrião (eSET) — reduz gemelaridade sem perder taxa cumulativa; congelar os demais (vitrificação).
Taxa de nascido vivo por ciclo iniciado: ~40% < 35 anos; ~10% aos 41–42; < 5% > 42 com óvulos próprios.

Riscos e limites

Síndrome de hiperestímulo ovariano (prevenção: antagonista + gatilho com agonista + congelar tudo).
Gestação múltipla (evitar transferindo um embrião), ectópica, prematuridade discretamente maior.
Ovodoação: a saída quando a idade ou a reserva não permitem — taxas de 50% independentes da idade da receptora.
Custo: R$ 20–30 mil por ciclo; no SUS, poucos centros (HC-USP, HCPA, Pérola Byington, UFMG...) com fila longa.

Fontes: SART 2021; ESHRE Guideline Ovarian Stimulation 2019; ASRM Committee Opinion on eSET (2021); Conselho Federal de Medicina, Resolução 2.320/2022 (normas éticas de RA).

PRESERVAÇÃO DA FERTILIDADE E QUANDO ENCAMINHAR

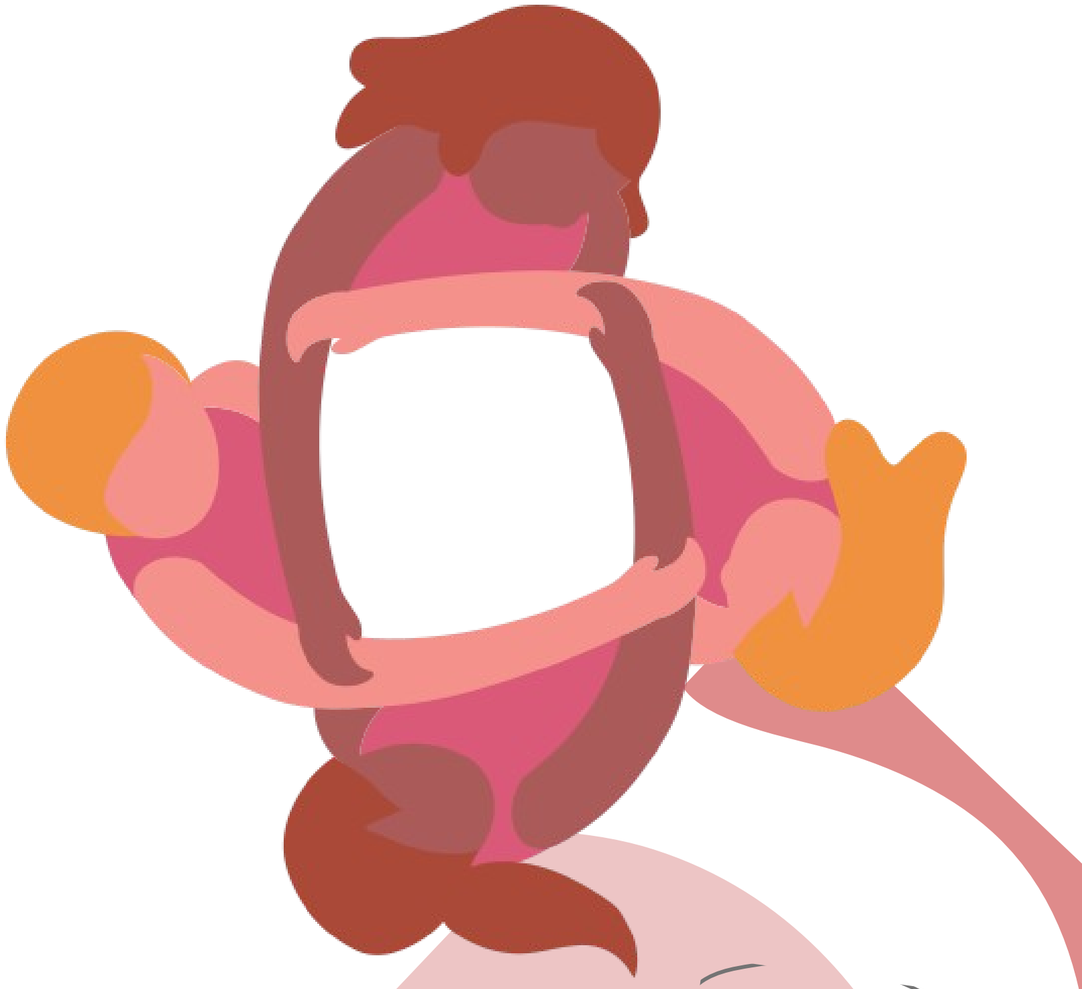
Oncofertilidade antes de quimioterapia/radioterapia gonadotóxica: criopreservação de oócitos (2 semanas, estimulação em qualquer fase do ciclo) ou embriões; tecido ovariano em meninas pré-púberes; análogos de GnRH durante a quimio como adjuvante. Encaminhar antes do 1º ciclo — é direito da paciente (ASCO 2018).

Congelamento social de óvulos melhor antes dos 35 anos; 15–20 óvulos maduros dão ~70% de chance de um nascido vivo; depois dos 38 o rendimento cai muito. Informar que não é garantia.

Homem criopreservação de sêmen antes de quimio, vasectomia ou cirurgias; simples e barata.

Encaminhar à reprodução assistida ≥ 38 anos sem esperar os 12 meses; AMH < 1 ou CFA < 5; obstrução tubária bilateral; espermograma gravemente alterado ou azoospermia; endometriose III–IV; falha de 6 ciclos de indução ou 3–4 de inseminação; aborto de repetição.

O lado emocional infertilidade tem impacto psicológico comparável ao de doenças crônicas graves; depressão e ansiedade em até 40% das mulheres em tratamento. Perguntar, acolher, encaminhar para apoio psicológico; não dizer 'relaxa que vem'.



O casal é o paciente — e o tempo é o recurso mais escasso

Fontes: Oktay K et al., J Clin Oncol 2018 (ASCO); Cobo A et al., Fertil Steril 2016 (óvulos congelados × nascidos vivos); Domar AD et al., Fertil Steril 2012.

CASO 3 | O EXAME DELE

Carla, 31 anos, e Diego, 33 anos, 2 anos tentando.

Ela: ciclos regulares, progesterona de fase lútea 12 ng/mL, AMH 3,1, HSG com tubas pérvias, USTV normal.
Ele: espermograma — volume 2,5 mL, concentração 5 milhões/mL, motilidade progressiva 18%, morfologia 2%. Repetido após 3 meses: 4 milhões/mL. Nega tabagismo; usa 'suplemento para academia' há 3 anos.
Varicocele grau II à esquerda.
Perguntam: 'inseminação resolve?'



Qual o fator? Inseminação resolve? Para quem encaminhar e o que investigar nele?

CASO 2 e 3 | RESOLUÇÃO

Beatriz: baixa reserva ovariana aos 38 — não é menopausa. Ela ovula (ciclos regulares) e pode engravidar espontaneamente; o que a reserva diz é que a janela é curta e a resposta à estimulação será baixa. Esperar 12 meses seria o erro.

Conduta: encaminhar agora para FIV (estimulação, possivelmente com acúmulo de oócitos em mais de um ciclo); conversar desde já sobre ovodoação como plano B. Inseminação não aumenta a chance aqui.

Diego: oligoastenoteratozoospermia grave, provável uso de anabolizante.

Investigar: FSH, LH, testosterona total (esteroides exógenos suprimem o eixo), cariótipo e microdeleção do Y se < 5 milhões/mL; urologia para a varicocele.

Conduta: suspender o anabolizante (recuperação em 6–12 meses, nem sempre completa); com < 5 milhões/mL a inseminação tem baixo rendimento — o caminho é ICSI; congelar sêmen se houver melhora. Ela, com reserva boa e 31 anos, tem ótimo prognóstico na FIV.



Reserva baixa ≠ menopausa

≥ 38 anos: FIV sem esperar

‹ 5 milhões/mL → ICSI

Anabolizante: suspender

Fontes: ASRM Committee Opinion, Diminished ovarian reserve (2020); AUA/ASRM Guideline Male Infertility 2020; OMS 2021.

QUESTÃO | INFERTILIDADE INEXPLICADA

Casal com 2 anos de infertilidade primária. Ela tem 30 anos, ciclos regulares, histerossalpingografia com tubas pérvias e ultrassonografia normal. Espermograma do parceiro: concentração 45 milhões/mL, motilidade progressiva 42%, morfologia 5%. Qual a conduta mais adequada?

A Teste pós-coito para avaliar o fator cervical.

B Laparoscopia diagnóstica imediata.

C Indução da ovulação com letrozol e coito programado por 6 ciclos.

D Inseminação intrauterina com estimulação ovariana leve, por até 3–4 ciclos; FIV se falhar.

E Fertilização in vitro imediata, pois já há 2 anos de infertilidade.

QUESTÃO | INFERTILIDADE INEXPLICADA

Casal com 2 anos de infertilidade primária. Ela tem 30 anos, ciclos regulares, histerossalpingografia com tubas pérvias e ultrassonografia normal. Espermograma do parceiro: concentração 45 milhões/mL, motilidade progressiva 42%, morfologia 5%. Qual a conduta mais adequada?

A Teste pós-coito para avaliar o fator cervical.

B Laparoscopia diagnóstica imediata.

C Indução da ovulação com letrozol e coito programado por 6 ciclos.

D Inseminação intrauterina com estimulação ovariana leve, por até 3–4 ciclos; FIV se falhar.

E Fertilização in vitro imediata, pois já há 2 anos de infertilidade.

QUESTÃO | RESERVA OVARIANA

Mulher de 36 anos, nuligesta, ciclos regulares, procura orientação porque pretende engravidar 'daqui a uns dois anos'. Traz AMH de 0,8 ng/mL e contagem de folículos antrais de 6. Está assintomática. Qual a orientação mais adequada?

A Tranquilizar: AMH baixo não tem relação com a chance de gestação e ela pode esperar os dois anos.

B Iniciar terapia de reposição hormonal, pois trata-se de insuficiência ovariana prematura.

C Reserva baixa para a idade: não impede gestação espontânea, mas a janela é curta — antecipar a tentativa ou criopreservar oócitos agora.

D Solicitar FSH mensal por 6 meses antes de qualquer decisão.

E Encaminhar para ovodoação, única opção com AMH < 1.

QUESTÃO | RESERVA OVARIANA

Mulher de 36 anos, nuligesta, ciclos regulares, procura orientação porque pretende engravidar 'daqui a uns dois anos'. Traz AMH de 0,8 ng/mL e contagem de folículos antrais de 6. Está assintomática. Qual a orientação mais adequada?

A Tranquilizar: AMH baixo não tem relação com a chance de gestação e ela pode esperar os dois anos.

B Iniciar terapia de reposição hormonal, pois trata-se de insuficiência ovariana prematura.

C Reserva baixa para a idade: não impede gestação espontânea, mas a janela é curta — antecipar a tentati
criopreservar oócitos agora.

D Solicitar FSH mensal por 6 meses antes de qualquer decisão.

E Encaminhar para ovodoação, única opção com AMH < 1.

ÉTICA, LEI E SUS

Resolução CFM 2.320/2022

Toda pessoa capaz pode ser receptora, incluindo solteiras e casais homoafetivos.
Transferência: até 2 embriões (≤ 37 anos) ou 3 (> 37); idade máxima da receptora 50 anos (exceções justificadas).
Doação de gametas: anônima (exceto parentes até 4º grau), sem fins lucrativos; doadora de óvulos até 37 anos, doador de sêmen até 45.
Gestação de substituição: parente até 4º grau ou autorização do CRM; sem pagamento.

Embriões e genética

Criopreservação permitida; descarte após 3 anos com autorização do casal; doação para pesquisa (Lei de Biossegurança 11.105/2005).
PGT para doenças genéticas graves e aneuploidia; proibida seleção de sexo por preferência.
Redução embrionária é proibida.

No SUS e na prática

Portaria 426/2005 instituiu a Política de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, mas o acesso é restrito a poucos serviços universitários com filas de anos.
O que o SUS garante em todo lugar: investigação básica, tratamento das causas, indução com clomifeno/letrozol, cirurgia (histeroscopia, laparoscopia).
Planos de saúde: a Lei 9.656/98 exclui inseminação artificial da cobertura obrigatória; investigação e indução são cobertas.
Orientar sobre custos e tempo antes de prometer.

Fontes: CFM, Resolução nº 2.320/2022; Lei nº 11.105/2005; Ministério da Saúde, Portaria nº 426/2005; ANS, Rol de Procedimentos.

MENSAGENS

1

Infertilidade: 12 meses — 6 meses se ≥ 35 anos, imediato se > 40 ou causa conhecida. Investigar o casal junto, desde a primeira consulta.

2

Quatro perguntas: ele produz (espermograma OMS 2021), ela ovula (ciclo regular / progesterona), qual a reserva (AMH, CFA) e as tubas estão pérvias (HSG).

3

Reserva ovariana baixa não é infertilidade nem menopausa: prediz resposta à estimulação. Idade é o que mais pesa — aneuploidia sobe de 30% aos 30 para 60% aos 40.

4

Não pedir: pós-coito, cariótipo de rotina, trombofilias, painel hormonal em ciclo regular.

5

SOP: letrozol é 1ª linha. Inexplicada ou masculino leve: inseminação por 3–4 ciclos. Tubário bilateral, masculino grave, ≥ 38–40 anos, baixa reserva: FIV/ICSI sem escalonar.

6

Oncofertilidade antes do 1º ciclo de quimio. E lembrar: o casal sofre — acolher faz parte do tratamento.

LUIS PAULO ZICA

BOA PROVA

Obrigado!

