SBRH
Sociedade Brasileira de Reprodução Humana

COMITÊ NACIONAL DE FAMÍLIAS PLURAIS

Nem todo paciente tolera o exame vaginal: estratégias para individualizar o cuidado em reprodução assistida

Carla Maria Franco Dias, Danielle Medeiros Teixeira Myiague e Estella Sontag Dos Reis – Comitê de Famílias Plurais SBRH

Introdução

A ultrassonografia transvaginal é amplamente utilizada na investigação da infertilidade, na monitorização da estimulação ovariana e nos procedimentos de reprodução assistida. Entretanto, sua realização pode ser limitada por condições como vaginismo, histórico de violência sexual, disforia de gênero, alterações anatômicas e limitações físicas ou sensoriais.[1-5]

Quando, por diferentes motivos, o paciente não tolera o exame vaginal, estratégias alternativas devem ser consideradas, respeitando suas necessidades individuais, autonomia e conforto, sem negligenciar a qualidade e a segurança do tratamento. Neste miniboletim, serão discutidas as principais possibilidades de adaptação da assistência em reprodução humana, à luz das evidências científicas disponíveis.[2,3]

Avaliação da reserva ovariana

A reserva ovariana corresponde à quantidade de oócitos remanescentes nos ovários, sendo um importante determinante da resposta à estimulação ovariana controlada. Sua avaliação auxilia no aconselhamento reprodutivo, na estimativa do número de oócitos a serem obtidos e na individualização dos protocolos de estimulação, embora não permita predizer isoladamente a qualidade oocitária ou a probabilidade de gestação.[4]

Os principais marcadores indiretos da reserva ovariana são a dosagem sérica do hormônio antimülleriano (AMH) e a contagem de folículos antrais (CFA) por ultrassonografia, ambos recomendados pelas diretrizes da Sociedade Europeia de Reprodução Humana e Embriologia (ESHRE) para a predição da resposta ovariana.[4]

Quando a ultrassonografia transvaginal não é tolerada, o AMH representa uma alternativa útil, embora seu custo e a variabilidade entre métodos laboratoriais possam limitar sua utilização. A CFA também pode ser realizada por via transabdominal, mas sua acurácia pode ser comprometida por fatores como índice de massa corporal elevado, biotipo, posição ovariana, endometriomas, outros cistos ovarianos e alterações anatômicas decorrentes de cirurgias prévias.[4]

Planejamento da estimulação ovariana

Na impossibilidade de realizar a CFA, a concentração sérica de AMH pode fornecer informações indiretas sobre a população folicular ovariana. Alebić et al. (2018) descreveram a associação entre esses marcadores por meio da equação de regressão linear AMH (pmol/L) = −4,4 + 1,5 × CFA, utilizando-se o fator de conversão de 7,14 para expressar o AMH em pmol/L a partir de ng/mL. Entretanto, o modelo apresentou variabilidade individual relevante ($R^2 = 0,545$) e foi desenvolvido para estimar o AMH a partir da CFA, não tendo sido validado para a previsão inversa. Dessa forma, sua aplicação deve ser interpretada com cautela, não permitindo predizer com precisão a contagem folicular individual.[5]

A escolha da dose inicial de gonadotrofinas deve considerar os marcadores de reserva ovariana, associados à idade e à resposta obtida em ciclos anteriores, quando disponíveis. Em pacientes com maior risco de hiperresposta, doses individualizadas e protocolos que permitam maior controle do risco de síndrome de hiperestímulo ovariano (SHO) devem ser priorizados.[4]

Nesse contexto, os protocolos com antagonista do GnRH ou supressão hipofisária por progestagênios (PPOS) constituem alternativas, por possibilitarem o trigger com agonista do GnRH, reduzindo o risco de SHO. A utilização de progestagênios exige, entretanto, uma estratégia de congelamento de todos os embriões *(freeze-all)*, uma vez que impede a transferência embrionária a fresco.[4]

Monitorização da estimulação ovariana: quais as alternativas?

Não existe um protocolo de monitorização universalmente estabelecido para pacientes que não toleram a ultrassonografia transvaginal. A escolha da estratégia deve considerar a experiência do profissional, a resposta ovariana esperada, os recursos disponíveis e as preferências do paciente, mediante decisão compartilhada.[4,6]

- *Adaptações da ultrassonografia transvaginal:* quando o exame é possível sob condições específicas, podem ser consideradas a redução do número de avaliações, concentrando-as em fases mais avançadas da estimulação (por exemplo, D8–D9), com supressão adequada do pico prematuro de LH, e a utilização de ultrassonografia tridimensional (3D), que permite a aquisição de volumes para análise posterior e pode reduzir o tempo de manipulação da sonda. O uso de anestésicos tópicos pode ser considerado para desconforto superficial, embora sua eficácia seja limitada em casos de vaginismo importante. Em situações selecionadas, a realização do exame sob sedação anestésica também constitui uma alternativa, considerando os riscos e os custos envolvidos.[7,8]
- *Ultrassonografia por vias alternativas:* a via transabdominal pode permitir o acompanhamento do crescimento folicular, especialmente quando as condições anatômicas e o biotipo favorecem a visualização ovariana. A ultrassonografia transperineal também pode ser considerada em situações específicas, embora sua utilização para monitorização folicular seriada ainda apresente evidências limitadas.[9]
- *Monitorização hormonal:* a dosagem sérica de estradiol pode fornecer informações indiretas sobre o desenvolvimento folicular, considerando-se uma estimativa aproximada de 150–300 pg/mL por folículo maduro. Entretanto, essa relação apresenta ampla variabilidade e não permite estimar com precisão o número ou o tamanho dos folículos. As diretrizes atuais não recomendam a dosagem rotineira de estradiol associada à ultrassonografia, e faltam evidências sobre a segurança da monitorização exclusivamente hormonal. Portanto, seu uso isolado deve ser excepcional, com reconhecimento das limitações para a definição do momento ideal do trigger e a avaliação do risco de hiperestimulação ovariana.[4,6,8]

Trigger e prevenção da hiperestimulação ovariana

A definição do momento ideal para o trigger da maturação oocitária representa um desafio quando a monitorização folicular é limitada, especialmente pela dificuldade em estimar o número e o tamanho dos folículos em desenvolvimento e, consequentemente, o risco de síndrome de hiperestimulação ovariana (SHO).[4]

Nesse contexto, o trigger com agonista do GnRH, em protocolos com antagonista do GnRH ou supressão por progestagênios (PPOS), constitui uma estratégia mais segura para pacientes com risco de hiperresposta ovariana, por reduzir significativamente o risco de SHO em comparação ao hCG. Quando associado ao congelamento de todos os embriões *(freeze-all),* representa uma importante medida preventiva, conforme as recomendações da ESHRE de 2025.[4]

A decisão sobre o trigger representa um dos maiores desafios quando não é possível avaliar adequadamente o desenvolvimento folicular por ultrassonografia transvaginal. Quando a monitorização é limitada, a segurança deve prevalecer sobre a busca do maior número possível de oócitos. A possibilidade de resposta subótima, necessidade de monitorização adicional ou cancelamento do ciclo devem ser discutidas previamente com o paciente.[4]

Adaptação dos procedimentos e abordagem multidisciplinar

As dificuldades relacionadas ao exame vaginal também podem comprometer a realização de procedimentos de reprodução assistida, como a inseminação intrauterina, a captação oocitária e a transferência embrionária. Nessas situações, adaptações técnicas, incluindo o uso de instrumentos de menor calibre, ajustes de posicionamento e sedação anestésica em casos selecionados, podem viabilizar os procedimentos.

A sedação anestésica pode ser considerada em pacientes com vaginismo grave, dor intensa, disforia de gênero ou histórico de experiências traumáticas, inclusive para a realização de ultrassonografia transvaginal ou transferência embrionária. Sua indicação deve ser individualizada, considerando os riscos anestésicos, os recursos disponíveis e as preferências do paciente, sem substituir o consentimento informado.[7] A captação oocitária por via transabdominal também constitui uma alternativa quando o acesso transvaginal não é possível, embora dependa de condições anatômicas favoráveis e da experiência da equipe.[7,9]

A abordagem multidisciplinar, com participação da psicologia, sexologia e fisioterapia pélvica, pode contribuir para o manejo do vaginismo, da dor e do sofrimento associado aos procedimentos. Estratégias de cuidado sensíveis ao trauma, com comunicação antecipada, respeito aos limites individuais e possibilidade de interromper o exame, devem integrar a assistência. O suporte psicológico deve ser oferecido como recurso de cuidado, e não como condição obrigatória para o acesso ao tratamento reprodutivo.[1,2,3,7,8]

Considerações finais

A dificuldade ou impossibilidade de realizar o exame vaginal não deve representar, por si só, uma barreira ao acesso aos tratamentos de reprodução assistida. Embora existam diferentes estratégias para adaptar a avaliação, a monitorização e os procedimentos, é fundamental reconhecer que nem todas apresentam o mesmo nível de evidência científica, exigindo uma avaliação individualizada dos benefícios, riscos e limitações.

A escolha da abordagem deve ser compartilhada com o paciente, respeitando suas preferências, autonomia e necessidades individuais. Oferecer um cuidado inclusivo significa buscar alternativas que viabilizem o tratamento, sem comprometer a qualidade assistencial e a segurança clínica.

Referências bibliográficas

1. de Souza MCB, Gusmão MCG, Antunes RA, et al. Vaginismus in ART centers: an invisible population in need of care. JBRA Assist Reprod. 2018;22(1):35-41.

2. Armuand G, Dhejne C, Olofsson JI, Rodriguez-Wallberg KA. Transgender men's experiences of fertility preservation: a qualitative study. Hum Reprod. 2017;32(2):383-390.

3. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Transgender and gender-diverse care: a committee opinion. Fertil Steril. 2026;126:294-311.

4. ESHRE Guideline Group on Ovarian Stimulation. ESHRE guideline: ovarian stimulation for IVF/ICSI: an update in 2025. Hum Reprod. 2026;41(4):498–514. doi:10.1093/humrep/deag018.

5. Alebić MŠ, Stojanović N, Dewailly D. Discordance between serum anti-Müllerian hormone concentrations and antral follicle counts: not only technical issues. Hum Reprod. 2018;33(6):1141–1148. doi:10.1093/humrep/dey098.

6. Kwan I, Bhattacharya S, Woolner A. Monitoring of stimulated cycles in assisted reproduction (IVF and ICSI). Cochrane Database Syst Rev. 2021;4(4):CD005289. doi:10.1002/14651858.CD005289.pub4.

7. Yurci A, Karayağız Ş. Management of women with vaginismus-related infertility through assisted reproductive techniques. J Acad Res Med. 2021;11(2):174-178.

8. Jindal UN, Jindal S. Use by gynecologists of a modified sensate focus technique to treat vaginismus causing infertility. Fertil Steril. 2010;94(6):2393-2395.

9. Sönmezer M, Saçıntı KG, Gülümser Ç, et al. Transabdominal ultrasound-guided oocyte retrieval for oocyte cryopreservation using a vaginal probe: a comparison of applicability, effectiveness, and safety with conventional transvaginal approach. J Assist Reprod Genet. 2023;40(2):399–405. doi:10.1007/s10815-022-02705-8.

10. Malhotra J, Devi MG, Patil M. Best Practice Recommendations for Infertility Management. J Hum Reprod Sci. 2024 Feb;17(Suppl 1):S1-S240. doi: 10.4103/jhrs.JHRS_ISAR_IFS. Epub 2024 Feb 15. PMID: 38495807; PMCID: PMC10942128.