



Avaliação do perfil clínico e epidemiológico das pacientes com infertilidade acompanhadas em um serviço de referência em Salvador

Clinical and epidemiological profile of infertile patients at a referral service in Salvador:
a cross-sectional study

Perfil clínico y epidemiológico de pacientes infértiles en un servicio de referencia en
Salvador: un estudio transversal

Gessica Barbosa da Silva e Silva¹, Renata Lopes Britto¹.

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil clínico e epidemiológico das pacientes com infertilidade assistidas no ambulatório de Infertilidade Conjugal. **Métodos:** Trata-se de estudo transversal com dados de prontuários de pacientes com infertilidade atendidas no ambulatório de Infertilidade Conjugal, levando em consideração aspectos sociodemográficos e clínicos das pacientes. Esses dados foram tabulados e analisados através do software Microsoft Excel 365. **Resultados:** O estudo analisou 214 pacientes com infertilidade, com idade média de 35,99, 24,8% das pacientes apresentando sobrepeso e 23,4% sendo obesas. Ademais, 32,4% das pacientes eram sedentárias e 22,4% tinham o hábito de consumir bebidas alcoólicas. As principais causas de infertilidade feminina foram a síndrome dos ovários policísticos, obstrução tubária, miomatose uterina e endometriose. Fatores de infertilidade masculinos e femininos coexistiam em 28,7% dos casos. A maioria das pacientes já havia passado por gestações anteriores, com 74,48% tendo pelo menos um episódio de aborto. A duração média da infertilidade foi de 5,8 anos. **Conclusão:** Conclui-se que a maioria das pacientes com infertilidade tinham 35 anos e apresentavam sobrepeso ou obesidade. As principais etiologias estavam em linha com a literatura e fatores masculinos e femininos coexistiam.

Palavras-chave: Infertilidade, Infertilidade feminina, Perfil de saúde.

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical and epidemiological profile of patients with infertility treated at the Conjugal Infertility Outpatient Clinic of the Professor Edgard Santos University Hospital (HUPES). **Methods:** This is a cross-sectional study based on medical records of infertile patients seen at the clinic, considering sociodemographic and clinical aspects. Data were tabulated and analyzed using Microsoft Excel 365. **Results:** A total of 214 infertile patients were analyzed, with a mean age of 35.99 years. Overweight was observed in 24.8% of patients, while 23.4% were obese. Additionally, 32.4% were sedentary, and 22.4% consumed alcohol. The main causes of female infertility were polycystic ovary syndrome, tubal obstruction, uterine fibroids, and endometriosis. Male and female infertility factors coexisted in 28.7% of cases. Most patients had previous pregnancies, with 74.48% experiencing at least one miscarriage. The mean duration of infertility was 5.8 years. **Conclusion:** Most infertile patients were 35 years old and had overweight or obesity. The main etiologies were consistent with the literature, and male and female factors frequently coexisted.

Keywords: Infertility, Female infertility, Health profile.

RESUMEN

Objetivo: Describir el perfil clínico y epidemiológico de las pacientes con infertilidad atendidas en la Clínica de Infertilidad Conyugal del Hospital Universitario Profesor Edgard Santos (HUPES). **Métodos:** Se trata de un estudio transversal basado en registros médicos de pacientes con infertilidad atendidas en la clínica,

¹ Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador - BA.

considerando aspectos sociodemográficos y clínicos. Los datos fueron tabulados y analizados con Microsoft Excel 365. **Resultados:** Se analizaron 214 pacientes con infertilidad, con una edad media de 35,99 años. El 24,8% tenía sobrepeso y el 23,4% eran obesas. Además, el 32,4% eran sedentarias y el 22,4% consumían alcohol. Las principales causas de infertilidad femenina fueron el síndrome de ovario poliquístico, la obstrucción tubárica, los miomas uterinos y la endometriosis. Factores de infertilidad masculina y femenina coexistían en el 28,7% de los casos. La mayoría había tenido embarazos previos, con un 74,48% que presentó al menos un aborto. La duración media de la infertilidad fue de 5,8 años. **Conclusión:** La mayoría de las pacientes con infertilidad tenía 35 años y presentaba sobrepeso u obesidad. Las principales etiologías coincidían con la literatura y los factores masculinos y femeninos coexistían con frecuencia.

Palabras clave: Infertilidad, Infertilidad femenina, Perfil de salud.

INTRODUÇÃO

A infertilidade é definida como o insucesso em tentativas de gravidez após 12 meses ou mais, mesmo com relações sexuais regulares e desprotegidas em mulheres com menos de 35 anos ou após 6 meses em mulheres com mais de 35 anos (PRACTICE COMMITTEE OF THE AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE, 2013). É caracterizada como primária quando a mulher não conseguiu atingir nenhum parto vivo e secundária quando a mulher já alcançou pelo menos um parto vivo, mas não conseguiu ter outro filho, mesmo exposta ao risco de gravidez (LARSEN U, 2005). Em todo o mundo, cerca de 70 milhões de casais sofrem com a infertilidade, estima-se que essa condição afete entre 8 e 12% dos casais em idade reprodutiva, podendo chegar a até 30% em algumas regiões (OMBELET W, et al., 2008; BOIVIN J, et al., 2007; INHORN MC e PATRIZIO P, 2015).

No Brasil, existem cerca de 4 milhões de casais com infertilidade (MAKUCH MY, et al., 2011). Apesar da elevada prevalência, a prevenção e o cuidado da infertilidade são muitas vezes negligenciados, principalmente em países subdesenvolvidos, pois outras condições ocupam o lugar de prioridade, uma vez que os recursos são ínfimos (CUI W, 2010). Existem diversos fatores envolvidos na infertilidade, que podem ser femininos, masculinos ou uma associação de fatores do casal. É estimado que 50% dos casos de infertilidade estejam associados à mulher (GUERRI G, et al., 2019). A idade da paciente é o primeiro fator que deve ser levado em consideração, uma vez que a fecundidade diminui consideravelmente após os 32 anos (COMITÊ DE PRÁTICA GINECOLÓGICA E COMITÊ DE PRÁTICA DO COLÉGIO AMERICANO DE OBSTETRAS E GINECOLOGISTAS, 2014).

Entre as principais causas de infertilidade feminina também estão a endometriose, síndrome dos ovários policísticos, anomalias do cariótipo, insuficiência ovariana precoce e desenvolvimento anormal dos tratos reprodutivos (ovários, tubas uterinas, útero e vagina) (DOMINGUEZ A e REIJO R, 2014). No entanto, fatores como estilo de vida (tabagismo, etilismo, sedentarismo e obesidade) e fatores ambientais também desempenham um papel importante na infertilidade (VANDER M e WYNS C, 2018). A infertilidade afeta diferentes áreas da vida do casal. Vários estudos demonstram elevada prevalência de sofrimento psíquico em mulheres inférteis, em que o risco de desenvolvimento dos sintomas está diretamente relacionado com o tempo e com os resultados negativos dos tratamentos (BALDUR-FELSKOV B, 2013).

Dessa forma, pacientes com infertilidade são frequentemente diagnosticados com ansiedade, depressão e disfunção sexual (SHAHRABI Z, et al., 2018; GDANSKA P, et al., 2017). Nesse contexto, tendo em vista o grande impacto da infertilidade feminina na qualidade de vida das pacientes e que, até a presente data, os dados publicados na literatura a respeito do tema são limitados, o presente estudo visa avaliar o perfil clínico e epidemiológico de pacientes com infertilidade acompanhadas no ambulatório especializado. Essa avaliação tem potencial de contribuir para maior entendimento sobre as pacientes atendidas no ambulatório. Dessa forma, a equipe de saúde poderá traçar estratégias terapêuticas que estejam adequadas às necessidades das pacientes.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal com base na coleta de dados de prontuário de pacientes acompanhadas no ambulatório de Infertilidade Conjugal entre 2020 e 2021. Analisou-se os dados de pacientes

acompanhadas com diagnóstico prévio de infertilidade, excluindo aquelas cujos prontuários não estavam disponíveis para análise. Foram consideradas as seguintes variáveis para caracterização do grupo em análise: sociodemográficas (idade das pacientes, raça/cor, procedência, escolaridade e estado civil), clínicas (diagnóstico, tempo de infertilidade, gestações anteriores, histórico de abortos, histórico de cirurgias, antecedentes médicos e hábitos de vida) e dados identificados no exame físico (peso e altura).

Esses dados foram tabulados e estatisticamente analisados através do software Microsoft Excel 365. Foram utilizados cálculos de média, mediana e cálculo de frequência, estes últimos apresentados tanto em valores absolutos quanto percentuais. Este estudo obedeceu aos critérios de ética preconizados pela resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde e foi submetido à aprovação do Comitê de Ética sob CAAE 54352321.3.0000.0049 e parecer 5.175.171.

RESULTADOS

No período em estudo, um total de 375 pacientes foram atendidas no ambulatório de Infertilidade Conjugal. Das pacientes atendidas, 152 não possuíam diagnóstico de infertilidade e, portanto, não foram incluídas no estudo. Das 223 pacientes com diagnóstico de infertilidade, 9 não tinham informações suficientes no prontuário e foram excluídas do estudo. Desta forma, os dados de 214 pacientes com diagnóstico de infertilidade foram analisados. A média de idade foi 35,99 anos, 63,3% das pacientes tinham mais de 35 anos, a idade mínima entre as mulheres atendidas foi de 21 e máxima de 49.

Quanto à procedência, 76,36% das pacientes residiam em Salvador, 6,1% na região metropolitana e 17,3% no interior do estado. Em relação à raça, 72,4% das pacientes se consideravam pardas, 22% pretas, 4,6% brancas e 1% não tinham informação referente à raça. Quanto ao estado civil, 52,3% das pacientes eram solteiras, 39,7% casadas, 3,3% estavam em união estável e 2,3% separadas judicialmente. As pacientes com ensino médio completo representaram 50,5%, as com ensino superior 26,6%, ensino fundamental incompleto 8,4%, ensino médio incompleto 5,6%, ensino fundamental completo 4,2%, superior incompleto 3,7% e 1% não tinham informações (**Tabela 1**).

Tabela 1 – Características gerais das pacientes acompanhadas por infertilidade

Variável	N (%)
Idade	214 (100)
Média	5,99
Mediana	37
Mínima	21
Máxima	49
Procedência	214 (100)
Salvador	164 (76,6)
Região metropolitana	13 (6,1)
Interior do estado	37 (17,3)
Raça	214 (100)
Parda	155 (72,3)
Preta	47 (22)
Branca	10 (4,7)
Ausente	2 (1)
Estado civil	214 (100)
Solteira	113 (52,8)
Casada	86 (40,2)
União estável	7 (3,3)
Separada judicialmente	6 (2,8)
Viúva	1 (0,5)
Outro	1 (0,5)
Escolaridade	214 (100)
Ensino médio completo	108 (50,5)

Superior completo	57 (26,6)
Ensino fundamental incompleto	18 (8,4)
Ensino médio incompleto	12 (5,6)
Ensino fundamental completo	9 (4,2)
Superior incompleto	8 (3,7)
Ausente	2 (1)

Fonte: Silva GBS e Brito RL, 2025.

A avaliação do índice da massa corporal (IMC) revelou que 24,8% das pacientes apresentavam sobrepeso, 23,4% eram obesas, 23,4% eram eutróficas e 1,4% tinham magreza. No entanto, 27,1% das pacientes não tinham dados sobre peso, altura ou IMC em prontuário (**Tabela 2**). Em relação aos hábitos de vida, 32,4% das pacientes eram sedentárias (não praticavam atividades físicas de forma regular ou moderada), 22,4% tinham o hábito de ingerir bebidas alcoólicas, 4,2% eram tabagistas e nenhuma paciente fazia uso de drogas ilícitas (**Tabela 3**).

Tabela 2 – Classificação do IMC das pacientes acompanhadas por infertilidade

Variável	N (%)
IMC	214 (100)
Magreza	3 (1,4)
Eutrofia	50 (23,4)
Sobrepeso	53 (24,8)
Obesidade grau I	29 (13,6)
Obesidade grau II	12 (5,6)
Obesidade grau III	9 (4,2)
Sem informação	58 (27,1)

Fonte: Silva GBS e Brito RL, 2025.

Tabela 3 – Hábitos de vida das pacientes acompanhadas por infertilidade

Variável	N (%)
Etilismo	214 (100)
Sim	49 (22,9)
Não	118 (55,1)
Sem informação	47 (22)
Tabagismo	214 (100)
Sim	10 (5,7)
Não	158 (73,8)
Sem informação	46 (21,5)
Sedentarismo	214 (100)
Sim	69 (32,4)
Não	51 (23,9)
Sem informação	93 (43,7)

Fonte: Silva GBS e Brito RL, 2025.

Dentre as comorbidades registradas nos prontuários, 30,7% das pacientes tinham miomatose uterina, 16,8% de síndrome dos ovários policísticos, 10,3% de endometriose e 7,9% adenomiose. As pacientes com hipertensão arterial sistêmica representaram 5,9%, as com dislipidemia 4,7% e as com diabetes mellitus 2,3%. Um total de 110 pacientes relataram já ter passado por alguma intervenção cirúrgica, representando 51,4% da amostra. Além disso, 40,2% das mulheres nunca passaram por cirurgias e em 8,4% dos prontuários não tinham informações sobre o tópico (**Tabela 4**).

Tabela 4 – Intervenções cirúrgicas nas pacientes acompanhadas por infertilidade.

Variável	N (%)
Intervenção cirúrgica	214 (100)
Sim	110 (51,4)

Não	86 (40,2)
Sem informação	18 (8,4)
Histeroscopia cirúrgica	214 (100)
Sim	12 (5,6)
Não	184 (86)
Sem informação	18 (8,4)
Salpingectomia	214 (100)
Sim	7 (3,3)
Não	189 (88,3)
Sem informação	18 (8,4)
Ooforectomia	214 (100)
Sim	2 (0,9)
Não	194 (90,7)
Sem informação	18 (8,4)
Anexectomia	214 (100)
Sim	1 (0,5)
Não	195 (91,1)
Sem informação	18 (8,4)
Miectomy	214 (100)
Sim	16 (7,5)
Não	180 (91,1)
Sem informação	18 (8,4)
Polipectomia	214 (100)
Sim	9 (4,2)
Não	187 (87,4)
Sem informação	18 (8,4)
Laqueadura	214 (100)
Sim	5 (2,3)
Não	191 (89,3)
Sem informação	18 (8,4)
Curetagem	214 (100)
Sim	38 (17,8)
Não	158 (73,8)
Sem informação	18 (8,4)

Fonte: Silva GBS e Brito RL, 2025.

O tempo médio de infertilidade entre as pacientes foi de 5,8 anos, sendo o tempo mínimo de 6 meses e máximo de 23 anos. Em relação à etiologia feminina, as principais foram síndrome dos ovários policísticos, causando infertilidade em 13,6% das pacientes, obstrução tubária com 11,7%, miomatose uterina 8,9%, aborto de repetição 8,4%, endometriose 7% e hidrossalpinge com 5,6%. Além disso, 28,6% das pacientes ainda não tinham a causa de infertilidade definida e estavam em processo de investigação diagnóstica (Tabela 5).

Tabela 5 – Etiologias mais Frequentes nas Pacientes Acompanhadas por Infertilidade.

Variável	N (%)
Síndrome dos Ovários Policísticos	214 (100)
Sim	29 (13,6)
Não	185 (86,4)
Obstrução Tubária	214 (100)
Sim	25 (11,7)
Não	189 (88,3)
Miomatose Uterina	214 (100)
Sim	19 (8,9)
Não	195 (91,1)
Aborto de Repetição	214 (100)

Sim	18 (8,4)
Não	196 (91,6)
Endometriose	214 (100)
Sim	15 (7)
Não	199 (93)
Hidrossalpinge	214 (100)
Sim	12 (5,6)
Não	202 (94,4)
Laqueadura	214 (100)
Sim	5 (2,3)
Não	191 (89,3)
Fator Masculino	214 (100)
Sim	5 (2,3)
Não	191 (89,3)
A esclarecer	214 (100)
Sim	61 (28,6)
Não	173 (71,4)

Fonte: Silva GBS e Brito RL, 2025.

Foi constatado que em 2,3% dos prontuários o fator masculino era a única causa de infertilidade, enquanto em 31,5% o fator masculino ainda estava em processo de investigação. Em 28,7% das pacientes, fatores de infertilidade masculinos e femininos coexistiam. Ademais, observou-se que 98 pacientes já havia passado por gestações anteriores (48,8%), entre estas, 74,48% passaram por algum episódio de aborto. A média de número de gestações foi de 0,93, sendo o mínimo 0 e máximo 7. Quanto ao número de abortos, a média foi de 0,62, sendo o mínimo 0 e o máximo 7.

DISCUSSÃO

A infertilidade feminina é um problema multifatorial, com diversos fatores contribuindo para seu desenvolvimento. Contudo, há uma tendência crescente na porcentagem de mulheres que enfrentam problemas de infertilidade relacionados à idade, decorrente principalmente do adiamento da gravidez. Esse fenômeno pode ser explicado pela diminuição da desigualdade de gênero e a entrada da mulher no mercado de trabalho, especialmente em carreiras longas e competitivas (BERLEY S, et al., 2005). Vários estudos já apontaram a maior prevalência de infertilidade em mulheres com mais de 35 anos (ESHRE, 2005; FADDY MJ, et al., 1992; BALASCH J e GRATACOS E, 2012).

No presente estudo, verificou-se que a maioria das participantes (63,3%) tinham idade superior a 35 anos, com idade média de 35,99 anos. Outras pesquisas realizadas na Escócia e China mostraram que a média de idade das mulheres com diagnóstico de infertilidade foi de 31,2 e 34,9 anos, respectivamente, e que uma proporção significativa dessas mulheres tinha mais de 35 anos (MAHESHWARI A, et al., 2008; LIANG S, et al., 2017). No Brasil, um estudo encontrou uma média de idade de 32,9 anos entre as pacientes (FERNANDES LB, et al., 2014).

Os resultados mostraram que a maioria das pacientes (76,36%) residia na mesma cidade do serviço médico, enquanto 6,1% eram da região metropolitana e 17,3% do interior do estado. É importante destacar que uma proporção significativa de pacientes precisou buscar atendimento médico fora de sua cidade de residência. Esse fato evidencia a dificuldade de acesso a serviços médicos especializados em municípios de pequeno porte, o que pode estar relacionado à organização do sistema de saúde, ao orçamento destinado à saúde e à disponibilidade de especialistas (SILVA C, et al., 2017).

Os resultados deste estudo indicaram que a maioria das pacientes com infertilidade possuía nível de escolaridade médio ou superior, com 50,5% e 26,6%, respectivamente. No entanto, não existe um consenso entre os estudos existentes. Um estudo realizado na China recentemente mostrou uma relação inversa entre o nível de escolaridade e o risco de infertilidade. Neste estudo, mulheres com ensino fundamental ou inferior apresentaram um risco ajustado de infertilidade de 3,35, enquanto as mulheres com ensino médio e superior

apresentaram um risco ajustado de 3,10 (ZHOU Z, et al., 2018). Outro estudo nos Estados Unidos da América demonstrou que nenhuma das pacientes com infertilidade tinha menos de um diploma do ensino médio e quase metade das pacientes tinha ensino superior (JAIN T e HORNSTEIN MD, 2005).

Esses resultados destacam que não existem estudos consistentes para estabelecer relação exata entre escolaridade e infertilidade, pois essa relação pode variar de acordo com a população estudada. No entanto, os dois estudos ressaltam a importância da educação e do acesso a informações sobre saúde reprodutiva para a prevenção da infertilidade (ZHOU Z, et al., 2018; JAIN T e HORNSTEIN MD, 2005). No que se refere à raça, a maioria das pacientes (72,4%) se identificou como parda e 22% como preta. Esses números podem ser influenciados pela composição racial da população geral do estado, que tem uma grande proporção de negros (pretos e pardos).

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2018, essa proporção era de 81,1% (SILVA AMB, et al., 2020). No entanto, estudos sugerem que mulheres negras são mais propensas a serem diagnosticadas com infertilidade, mas menos propensas a receber tratamento em comparação com mulheres brancas (JAIN T, 2006; BITLER M e SCHMIDT L, 2006). Esses dados demonstram a necessidade de avaliar a igualdade no acesso ao tratamento de infertilidade para todas as mulheres. De acordo com os resultados, há uma elevada prevalência de sobrepeso e obesidade entre as pacientes com infertilidade feminina, com 24,8% apresentando sobrepeso e 23,4% sendo obesas.

Esses achados estão em consonância com estudos prévios que destacam que o excesso de peso pode ter efeitos negativos na fertilidade e no desfecho obstétrico, incluindo irregularidade menstrual, infertilidade, aborto espontâneo e complicações durante a gravidez (C.H. RAMLAU-HANSEN, et al., 2007; TANG J, et al., 2021; WEI S, et al., 2009). Um estudo transversal, com um total de 1067 mulheres com infertilidade primária no Irã, demonstrou que a infertilidade primária estava independentemente relacionada ao maior IMC (KAZEMIJALISEH H, et al., 2015). É importante notar que um em cada quatro pacientes não tinha dados sobre seu IMC, o que pode ser uma limitação para a análise desses resultados.

Além disso, os resultados indicam que 32,4% das pacientes eram sedentárias, o que chama atenção, uma vez que o exercício físico regular é importante para a saúde reprodutiva feminina. Estudos têm mostrado que a atividade física regular, associada a outros tratamentos, pode melhorar a taxa de concepção, taxa de gravidez, taxa de nascidos vivos, a ovulação e a irregularidade menstrual (MENA GP, et al., 2019). Por outro lado, hábitos de vida pouco saudáveis, como o sedentarismo e o consumo de álcool e tabaco, podem afetar negativamente a saúde reprodutiva feminina (VANDER M e WYNS C, 2018).

Em relação ao consumo de álcool, os resultados mostram que 22,4% das pacientes tinham o hábito de ingerir bebidas alcoólicas. As evidências disponíveis apresentam controvérsias: alguns estudos confirmam que tanto o consumo excessivo quanto o moderado de álcool reduzem a chance de concepção em um ciclo menstrual (ANWAR MY, et al., 2021), enquanto outros não demonstraram associação do consumo de álcool e infertilidade em mulheres jovens, mas mostraram ser um fator de predição significativo para a infertilidade em mulheres com mais de 30 anos (TOLSTRUP JS, et al., 2003). Os resultados ainda indicam que apenas 4,2% das pacientes eram tabagistas e nenhuma fazia uso de drogas ilícitas.

Embora o tabagismo seja um fator de risco conhecido para a infertilidade feminina (PRACTICE COMMITTEE OF THE AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE, 2018), a baixa prevalência de tabagismo entre as pacientes é um resultado positivo. Os dados do presente estudo mostraram uma considerável prevalência de comorbidades ginecológicas nas pacientes com infertilidade, com miomatose uterina sendo a mais comum, seguida pela síndrome dos ovários policísticos, endometriose e adenomiose.

Além disso, um número significativo de pacientes já passou por alguma intervenção cirúrgica, com a curetagem, miectomia e histeroscopia sendo os procedimentos mais comuns. Esses resultados estão em consonância com outros estudos que indicam a presença de comorbidades como um fator de risco para a infertilidade (VANDER M e WYNS C, 2018). Os dados do presente estudo mostraram que a síndrome dos ovários policísticos, obstrução tubária, miomatose uterina, aborto de repetição e endometriose foram

identificadas como as causas mais comuns da infertilidade, o que está de acordo com pesquisas anteriores. Uma revisão integrativa examinou as principais condições de infertilidade masculina e feminina no Brasil e revelou que a endometriose, fator tubário, síndrome dos ovários policísticos, endócrino/anovulatória e idade avançada foram as principais etiologias da infertilidade feminina. (MARANHÃO KDS, et al., 2021).

Em adição, outro estudo brasileiro que avaliou 600 casais em um centro de infertilidade constatou que a obstrução tubária devido a laqueadura foi a principal causa de infertilidade, seguida de outros distúrbios tubários, fator ovariano, endometriose e causas uterinas. Os resultados evidenciam a relevância do fator masculino como um importante contribuinte para a infertilidade, tendo sido identificado em 28,7% das pacientes como um fator adicional ao fator feminino, enquanto em 2,3% foi a única causa. Esses achados diferem do estudo nacional, que apontou o fator masculino como a única causa da infertilidade em 34% dos casos (TAVARES R, et al., 2016).

É importante ressaltar que, embora as causas masculinas da infertilidade também sejam abordadas durante as consultas no Ambulatório de Infertilidade Conjugal da Ginecologia e Obstetrícia, o atendimento ainda é predominantemente focado nas mulheres, o que pode explicar essa discrepância nos resultados. Ademais, os resultados indicam que uma proporção significativa das pacientes já havia passado por gestações anteriores e que a maioria delas havia vivenciado pelo menos um episódio de aborto. Em 8,4% dos casos, o aborto foi a causa da infertilidade. Esses achados são consistentes com um estudo prévio que analisou o perfil de pacientes que buscam tratamentos de reprodução assistida e revelou que 10% das pacientes procuraram atendimento devido a abortos espontâneos repetidos (POLISSENI F, et al., 2020).

Essa correlação sugere a importância de se fornecer cuidados abrangentes na saúde reprodutiva das mulheres para prevenir problemas como abortos e dificuldades de fertilidade. Este estudo teve como limitação a utilização de dados retrospectivos coletados de prontuários, que pode estar sujeita a erros de registro e falta de informações completas. Além disso, o estudo foi realizado em um único centro de referência, o que pode limitar a generalização dos resultados para outras populações ou contextos. É importante considerar a necessidade de pesquisas adicionais para obter uma compreensão mais abrangente dos fatores relacionados à infertilidade.

CONCLUSÃO

A maioria das pacientes tinha mais de 35 anos, era parda, solteira e com ensino médio completo. A avaliação do índice de massa corporal (IMC) demonstrou alta prevalência de sobrepeso e obesidade. Cerca de um terço das pacientes apresentava sedentarismo, mais de um quinto relatava consumo de álcool e o tabagismo mostrou baixa prevalência. As principais causas de infertilidade identificadas foram síndrome dos ovários policísticos, obstrução tubária e miomatose uterina. Em muitos casos, houve coexistência de fatores femininos e masculinos. Grande parte das pacientes já havia engravidado anteriormente, e episódios de abortamento foram recorrentes. Esses achados contribuem para o entendimento do perfil epidemiológico das pacientes inférteis e reforçam a importância da identificação de fatores de risco modificáveis. A presença de comorbidades ginecológicas e hábitos de vida inadequados reforça a necessidade de intervenções direcionadas, com enfoque na prevenção primária e no diagnóstico precoce. Além disso, os dados obtidos podem subsidiar melhorias no acesso a serviços especializados e embasar políticas públicas voltadas à saúde reprodutiva, com foco na abordagem integrada e baseada em evidências para otimização dos resultados terapêuticos.

REFERÊNCIAS

1. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS COMMITTEE ON GYNECOLOGIC PRACTICE AND PRACTICE COMMITTEE. Female age-related fertility decline. *Fertility and Sterility*, 2014; 101(3): 633–4.
2. ANWAR MY, et al. The association between alcohol intake and fecundability during menstrual cycle phases. *Human Reproduction*, 2021; 36(9): 2538–48.
3. BALASCH J e GRATACOS E. Delayed childbearing: effects on fertility and the outcome of pregnancy. *Curr Opin Obstet Gynecol*, 2012; 24: 187–93.

4. BALDUR-FELSKOV B, et al. Psychiatric disorders in women with fertility problems: results from a large Danish register-based cohort study. *Human Reproduction*, 2013; 28(3): 683–90.
5. BEWLEY S, et al. Which career first? *BMJ*, 2005; 588-9.
6. BITLER M e SCHMIDT L. Health disparities and infertility: impacts of state-level insurance mandates. *Fertility and Sterility*, 2006; 85(4): 858-65.
7. BOIVIN J, et al. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Human Reproduction*, 2007; 22(6): 1506–12.
8. CUI W. Mother or nothing: the agony of infertility. *Bulletin of the World Health Organization*, 2010; 88(12): 881.
9. DOMINGUEZ AA e REIJO PERA RA. Infertility. *Brenner's Encyclopedia of Genetics: Second Edition*, 2013; 71–4.
10. ESHRE CAPRI WORKSHOP GROUP. Fertility and ageing. *Human Reproduction Update*, 2005; 11(3): 261–76.
11. FADDY MJ e GOSDEN RG, et al. Accelerated disappearance of ovarian follicles in mid-life: implications for forecasting menopause. *Human Reproduction*, 1992; 7: 1342.
12. FERNANDES LB, et al. Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae infection: factors associated with infertility in women treated at a human reproduction public service. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2014; 36(5): 217-22.
13. GDANSKA P, et al. Anxiety and depression in women undergoing infertility treatment. *Ginekologia Polska*, 2017; 88(2): 109–12.
14. GUERRI G, et al. Non-syndromic monogenic female infertility. *Acta Biomedica*, 2019; 90: 68–74.
15. INHORN MC e PATRIZIO P. Infertility around the globe: new thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the 21st century. *Human Reproduction Update*, 2015; 21(4): 411–26.
16. JAIN T e HORNSTEIN MD. Disparities in access to infertility services in a state with mandated insurance coverage. *Fertility and Sterility*, 2005; 83(4): 853-7.
17. JAIN T. Socioeconomic and racial disparities among infertility patients seeking care. *Fertility and Sterility*, 2006; 85(4): 876-81.
18. KAZEMIJALISEH H, et al. The Prevalence and Causes of Primary Infertility in Iran: A Population-Based Study. *Global Journal of Health Sciences*, 2015; 7(6): 226-32.
19. LARSEN U. Research on infertility: Which definition should we use? *Fertility and Sterility*, 2005; 83(4): 846–52.
20. LIANG S, et al. Prevalence and associated factors of infertility among 20–49 year old women in Henan Province, China. *Reproductive Health*, 2017; 14(1): 167.
21. MAHESHWARI A, et al. Effect of female age on the diagnostic categories of infertility. *Human Reproduction*, 2008; 23(3): 538–542.
22. MAKUCH MY, et al. Inequitable access to assisted reproductive technology for the low-income Brazilian population: a qualitative study. *Human Reproduction*, 2011; 26(8): 2054–60.
23. MARANHÃO KDS, et al. Factors related to infertility in Brazil and their relationship with success rates after assisted reproduction treatment: an integrative review. *JBRA Assist Reprod*, 2021; 25(1): 136-49.
24. MENA GP, et al. The effect of physical activity on reproductive health outcomes in young women: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*, 2019; 25(5): 542–564.
25. OMBELET W, et al. Infertility and the provision of infertility medical services in developing countries. *Human Reproduction Update*, 2008; 14(6): 605–621.
26. POLISSENI F, et al. The search for assisted reproduction: profile of patients seen in the fertility outpatient clinic of a public hospital. *JBRA Assist Reprod*, 2020; 24(3): 305-9.
27. PRACTICE COMMITTEE OF THE AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE. Smoking and infertility: a committee opinion. *Fertility and Sterility*, 2018; 110(4): 611–18.
28. PRACTICE COMMITTEE OF THE AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE. Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: A committee opinion. *Fertility and Sterility*. 2013; 99(1): 63.
29. RAMLAU-HANSEN CH, et al. Subfecundity in overweight and obese couples. *Human Reproduction*, 2007; 22(6): 1634–37.
30. SHAHRAKI Z, et al. Depression, sexual dysfunction and sexual quality of life in women with infertility. *BMC Women's Health [Internet]*, 2018; 18(1).
31. SILVA AMB, et al. Panorama Socioeconômico da População Negra da Bahia. Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia, 2020.
32. SILVA CR, et al. Difficulties in accessing services that are of medium complexity in small municipalities: A case study. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2017; 22(4): 1109–20.
33. TANG J, et al. Association of maternal pre-pregnancy low or increased body mass index with adverse pregnancy outcomes. *Scientific Reports*, 2021; 11(1): 3831.
34. TAVARES R, et al. Socioeconomic profile of couples seeking the public healthcare system (SUS) for infertility treatment. *JBRA Assist Reprod*, 2016; 20(3): 112-7.
35. TOLSTRUP JS, et al. Alcohol use as predictor for infertility in a representative population of Danish women. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2003; 82(8): 744-749.
36. VANDER M e WYNS C. Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clinical Biochemistry*. Elsevier Inc, 2018; 62: 2–10.
37. WEI S, et al. Obesity and menstrual irregularity: associations with SHBG, testosterone, and insulin. *Obesity (Silver Spring)*, 2009; 17(5): 1070–6.
38. ZHOU Z, et al. Epidemiology of infertility in China: a population-based study. *BJOG*, 2018; 125(4): 432-41.