

**ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS PACIENTES
PORTADORAS DA SÍNDROME DO OVÁRIO POLICÍSTICO E
INFERTILIDADE ATENDIDAS NO AMBULATÓRIO DE
GINECOLOGIA DO IMIP NO PERÍODO DE UM ANO.**

Autores:

Thaís de Lucena Ferreira¹

Gabriela Brandão Silva de Carvalho Lopes¹

Maria Luiza de Moura Chapoval¹

Aurélio Antônio Ribeiro da Costa^{1,2}

¹ Faculdade Pernambucana de Saúde – Av. Mal. Mascarenhas de Moraes, 4861 – Imbiribeira, Recife-PE; CEP: 51.210-902

² Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – R. dos Coelhos, 300, Boa Vista- Recife-PE; CEP: 50.070-550.

Autor responsável pela correspondência:

Prof. Dr. Aurélio Antônio Ribeiro da Costa

Médico Ginecologista e Obstetra, Doutor em ginecologia pela UNICAMP; Mestre em saúde materno-infantil pelo IMIP

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira

Rua dos Coelhos, nº 300, Boa Vista- Recife-PE-Brasil; CEP: 50.070-550

Telefone: (81) 99969-6494

E-mail: aureliorecife@gmail.com

RESUMO

Objetivo: analisar o perfil epidemiológico das pacientes portadoras da Síndrome do Ovário Policístico e Infertilidade atendidas no ambulatório de ginecologia do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). **Método:** estudo transversal e observacional através da análise dos prontuários das pacientes atendidas no ambulatório no período de dezembro de 2018 a junho de 2019. **Resultados:** dentre as 39 pacientes incluídas no estudo, a mediana de idade encontrada foi de 32 anos e a afecção foi mais prevalente em mulheres pardas (71,8%), com ensino médio (35,9%) e sobrepeso (30,8%). Do total de pacientes, 41% são portadoras de algum tipo de comorbidade, sendo a mais prevalente a obesidade (25,6%), seguida por HAS (20,5%) e Diabetes Mellitus (2,6%). Em relação aos hábitos de vida, o etilismo esteve presente em 28,2% das pacientes, enquanto o tabagismo em 5,1%. Além disso, a maioria das pacientes são nuligestas (61,5%), nulíparas (87,2%) e não sofreram aborto (76,9%). As mulheres apresentaram mediana de menarca aos 13 anos, da coitarca aos 18 anos e 61,5% com dismenorreia. A maioria das pacientes (66,7%) apresentou o ciclo menstrual irregular, sendo o tipo de irregularidade mais comum amenorreia (61,3%). O tempo de exposição à gestação entre as pacientes teve mediana de 7 anos e o tratamento clínico prévio com indução da ovulação não foi exercido na maioria das pacientes (66,7%). A videolaparoscopia foi o tratamento cirúrgico mais realizado a maioria das pacientes (53,8%). O uso de antiglicemiantes esteve presente em 66,7% das pacientes e destas, 100% utilizou a metformina. Os aspectos ultrassonográficos foram semelhantes em ambos os ovários, com valores entre 11 e 20 cm³, em 33,3% das pacientes. **Conclusão:** mulheres pardas, com sobrepeso, ensino médio, nuligestas e nulíparas, com dismenorreia e amenorreia, tentando gestar há 7 anos e submetidas a videolaparoscopia, em uso de metformina e com os ovários aumentados.

Palavras-chave: Síndrome do Ovário Policístico, Infertilidade, Perfil epidemiológico.

INTRODUÇÃO

A Síndrome do Ovário Policístico (SOP) é uma endocrinopatia ginecológica que atinge de 4 a 12% das mulheres em idade fértil, dependendo do critério diagnóstico¹. Foi descrita pela primeira vez por Stein-Leventhal em 1935², que referiu associação entre amenorreia e os policistos ovarianos. Desde então uma série de pesquisas a cerca dessa síndrome tem sido realizadas, a fim de conhecer mais profundamente as características comuns a ela e sua associação com a infertilidade, sendo esta última definida como a incapacidade de engravidar após um ano de relações sexuais regulares e sem uso de qualquer método contraceptivo³.

Cerca de 70% das mulheres com SOP, possuem infertilidade segundo Moreira SN *et al*⁴. Isso acarreta, não somente em danos físicos para as mulheres, mas também em danos na relação social e com sua família⁵. Assim, a infertilidade associada à SOP se torna uma questão relevante de estudo por afetar a saúde feminina em caráter físico e psicológico.

Múltiplos fatores, genéticos e comportamentais, bem como suas interações, adquirem importância na progressão da SOP⁶. A relação entre a infertilidade e comorbidades metabólicas como a obesidade, a resistência à insulina e dislipidemias, prevalentes nas mulheres acometidas pela síndrome, é cada vez mais esclarecida. A característica chave da síndrome é o hiperandrogenismo, decorrente da hiperinsulinemia, consequência da resistência insulínica, e da secreção anormal de hormônio luteinizante (LH), que contribuem para a morfogênese policística dos ovários. Segundo um estudo da Universidade do Alabama, Birmingham, envolvendo 1281 mulheres por 15 anos, demonstrou que 60 a 70% das mulheres com SOP apresentam algum grau de obesidade, o efeito disso pode causar aumento no percentual de anovulação e falha no tratamento de infertilidade⁷.

O diagnóstico da SOP, inicialmente estabelecido pelo Instituto Nacional de Saúde Americano (NIH), em 1990, estava atrelado à presença de hiperandrogenismo, clínico ou laboratorial, e disfunção menstrual do tipo oligo ou amenorreia ou anovulação, relatados pelas pacientes. Entretanto, uma ampla gama de patologias também poderia estar associada a estas, por isso, foi necessário, estabelecer um novo critério resolutivo, realizado através do Consenso de Rotterdam, em 2004⁸. A partir deste, para que haja diagnóstico, a paciente deve apresentar pelo menos dois entre os três critérios, que são: anovulação ou oligo/amenorréia, hiperandrogenismo clínico e/ou laboratorial e a presença de doze ou mais folículos medindo de 02 a 09 mm de diâmetro ou volume ovariano aumentado (>10cm³) ao exame ultrassonográfico, caracterizando a morfologia policística dos ovários^{9,10}.

A prevalência da SOP varia de acordo com o tipo de critério diagnóstico utilizado, sendo 9% seguindo os critérios estabelecidos pelo NIH e 18% pelos de Rotterdam⁹.

O tratamento da SOP é direcionado de acordo com a manifestação clínica, desejo de contracepção ou gestação e a presença de distúrbios metabólicos associados. Nas mulheres com SOP e sobrepeso ou obesas, a primeira linha de tratamento é a reeducação alimentar visando à perda de peso. Com essa medida, alcança-se regularização do ciclo menstrual e a ovulação espontânea, bem como melhora da resistência à insulina, dislipidemia e diabetes mellitus¹¹.

Onstein *et al.* em um estudo, procurou avaliar o efeito de dietas hipocalóricas dentre 24 adolescentes com SOP e excesso de peso e dentre as participantes 75% melhoraram seu padrão menstrual, sendo que 33% das mesmas apresentaram ciclos menstruais regulares¹².

Nos casos em que não se consegue êxito com a mudança do estilo de vida, uma das opções terapêuticas seria uso de agentes insulino-sensibilizantes, sendo a metformina a principal medicação deste grupo, com sua atuação no tratamento da infertilidade¹³.

Diante da frequência elevada de portadoras de SOP e infertilidade, faz-se necessário à existência de pesquisas direcionadas para a comparação e avaliação da relação entre SOP e infertilidade nas mulheres em idade fértil.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo observacional, de coorte transversal, o qual analisou prontuários das pacientes portadoras de SOP e Infertilidade no ambulatório de ginecologia do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife-PE, durante o período de julho de 2018 a julho de 2019.

Foi definido, como critério de inclusão, mulheres em idade fértil com diagnóstico de Síndrome do Ovário Policístico e infertilidade no ambulatório de ginecologia, no IMIP. Como critérios de exclusão, mulheres que não tiveram prontuário localizado no arquivo do serviço, mulheres com prontuários incompletos que prejudicaram o preenchimento do formulário de pesquisa e as pacientes que possuíam apenas um dos diagnósticos.

Através dos prontuários foram coletados os dados sociodemográficos, tocoginecológicos, reprodutivos e clínicos.

O processamento e a análise do banco de dados coletados foram realizados através do epi-info, versão 3.5.4, com gráficos e tabelas. As variáveis categóricas foram apresentadas em frequências simples (percentual) e as variáveis contínuas através de medidas de tendência central e dispersão (mediana e seus quartis).

O presente estudo atendeu às determinações de Helsinque (emenda em Hong-Kong, 1989) e a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP sob o número CAAE 03009618.3.0000.5201.

RESULTADOS

Foram incluídas 39 pacientes em idade fértil com diagnóstico de Síndrome de Ovários Policísticos e Infertilidade do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) de dezembro de 2018 a junho de 2019.

Quanto às características biológicas e socioeconômicas, a idade das mulheres variou de 23 a 40 anos e apresentou mediana de 32 anos. A maioria das pacientes identificava-se como parda (71,8%), distribuindo-se as restantes entre brancas (10,3%), indígenas (2,6%) e negras (2,6%). Em valores percentuais, 35,9% das pacientes possuíam 8 a 11 anos de estudo, dividindo-se as restantes em 4 a 7 anos (25,6%), mais de 12 anos (17,9%), não apresentando pacientes analfabetas.

A avaliação do IMC revelou sobrepeso em 30,8% das pacientes, obesidade em 23,1%, eutrofia em 7,7%. Quanto às comorbidades, entre as pacientes analisadas 23,1% apresentaram obesidade, Hipertensão Arterial Sistêmica em 20,5% e Diabetes Mellitus 2,6%. Acerca dos hábitos de vida 28,2% consomem bebidas alcoólicas e 5,1% são tabagistas.

A respeito do número de gestações e partos, a maioria foi classificada como nuligesta (61,5%) e nulípara (87,2%), distribuindo-se o restante em primigesta (30,8%) e 2 gestações (7,7%); um parto (10,3%), 2 partos (2,6%). A maioria das pacientes não sofreram abortos (76,9%), enquanto o percentil de abortamento foi de 17,9% com um aborto e 5,1% com dois.

Em relação às características tocoginecológicas, a faixa de idade da menarca foi de 11 a 15 anos, com mediana de 13 anos. Já a coitarca variou de 13 a 28 anos, apresentando mediana de 18 anos. A maioria das pacientes referiu apresentar dismenorreia (61,5%) e ciclo irregular em 66,7% delas. O tipo de irregularidade mais prevalente foi amenorreia (61,3%), seguida por oligomenorreia (25,8%) e hipermenorreia (3,2%).

O tempo de exposição à gestação variou de 1 a 15 anos, sendo a mediana de 7 anos. A maioria das pacientes relatou 10 anos de exposição (17,6%), seguida por quatro anos (14,7%);

três, cinco, seis e sete anos com valores semelhantes de 8,8%; oito, onze e treze anos com 5,9%; um, dois, nove e doze e quinze com 2,9%.

O tratamento clínico prévio com indutores de ovulação não foi realizado pela maioria das pacientes (66,7%). A videolaparoscopia foi o procedimento cirúrgico mais utilizado para o tratamento, tendo sido realizado em 53,8% das pacientes, seguido pela ooforoplastia (5,1%), cistectomia de ovário (2,6%) e perfurocalterização ovariana (2,6%).

Quanto ao uso de medicamentos, os antiglicemiantes foram utilizados por 66,7% das pacientes, sendo a metformina a droga de escolha em 100% destas pacientes. O percentil de uso de anticoncepcionais hormonais foi de 30,8% e de antiandrogênicos de 7,7%.

O aspecto ultrassonográfico dos ovários foi semelhante na maioria dos casos no ovário direito e esquerdo, apresentando volumes de 11 a 20 cm³ (33,3%). Os valores seguiram em valores normais, 2 a 10 cm³ (23,1% no ovário esquerdo e 25,6% no ovário direito); 21 a 30 cm³ (12,8% no ovário esquerdo e 5,1% no ovário direito) e maior que 31 cm³ (7,7% no ovário esquerdo e 10,3% no ovário direito).

DISCUSSÃO

A Síndrome do Ovário Policístico é uma endocrinopatia ginecológica que acomete mulheres durante a menacme, entre 10 e 49 anos. Quando a queixa de infertilidade se relaciona com SOP, a faixa etária situa-se entre 20 e 44 anos, segundo estudo dirigido por M. N. Mascarelhas *et al*¹⁴. Os dados do presente estudo estão de acordo com essa faixa etária, foram avaliadas 39 pacientes, a distribuição de idade foi de 23 a 40 anos, com mediana de 32 anos, revelando características epidemiológicas semelhantes.

Quanto às características biológicas, a maioria das mulheres desse estudo apresentou sobrepeso, seguidas pelas pacientes com algum grau de obesidade. De acordo com a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia mais da metade das

pacientes portadoras de SOP apresentam o mesmo perfil de IMC encontrados em nossa pesquisa¹², demonstrando que, apesar do número reduzido de participantes do presente estudo, ainda assim encontra-se em uníssono com o preconizado pela literatura vigente.

Em relação aos antecedentes obstétricos, no presente estudo 61,5% das pacientes foram classificadas como nuligestas e 87,2% como nulíparas, reforçando a associação entre a SOP e a infertilidade. Entretanto, os mecanismos causadores dessa correlação ainda não são bem estabelecidos, mas sabe-se que a infertilidade está presente em aproximadamente 70% das mulheres com a síndrome¹⁵.

O sobrepeso e a obesidade demonstraram forte relação com a taxa de abortamento na presente pesquisa; entre as pacientes que sofreram pelo menos um aborto espontâneo, 77,7% possuíam IMC acima dos valores considerados normais, tendo assim características semelhantes às descritas por Wang *et al*¹⁶.

O achado de diabetes *mellitus* não se apresentou de forma muito frequente durante o estudo, sendo observado em apenas uma paciente, esse achado está semelhante a um estudo realizado por Ávila *et al.*, segundo o qual não foi achada nenhuma paciente portadora de diabetes *mellitus* entre as 100 participantes¹⁷.

Distúrbios do ciclo menstrual são fatores importantes no diagnóstico clínico da SOP, sendo a amenorreia o tipo de irregularidade mais prevalente, seguida pela oligomenorreia, havendo diferença percentual importante entre elas. Segundo Ávila *et al.*, os valores de referência comparativos são de 63% versus 28%, enquanto os dados referentes às pacientes atendidas no ambulatório do IMIP foram de 61,3% versus 25,8%, tendo, portanto, resultados semelhantes¹⁷.

O tratamento clínico prévio com uso de medicamentos para indução da ovulação não demonstrou grande relevância na conduta das pacientes analisadas nessa pesquisa em detrimento ao tratamento cirúrgico por videolaparoscopia, que foi realizado na maioria das

pacientes. Apenas 30,8% das mulheres atendidas no IMIP que entraram em nossa análise realizaram o tratamento clínico. Segundo Santana L. F. *et al.* a resposta das mulheres com SOP à estimulação ovariana nem sempre é considerada adequada, podendo ter de baixa resposta à hiperestimulação, sendo essa uma possível justificativa para a baixa adesão a esse tratamento¹³.

O tratamento da infertilidade com a metformina esteve presente em 66,7% das pacientes analisadas, estando de acordo com o que foi descrito por Santana LF *et al.* quando comparou pacientes em uso de metformina e àquelas em uso de placebo. A partir disso, concluiu-se que as primeiras obtiveram melhores taxas de ovulação e maiores taxas de gravidez clínica¹³.

Segundo os critérios de Rotterdam, ovários de tamanhos entre 02 e 10 cm³ são considerados normais e valores acima disso são parâmetros diagnósticos de SOP. Os achados relativos às pacientes analisadas em nossa pesquisa estão em confluência com esses critérios, sendo achados 53,8% dos ovários esquerdos aumentados e 48,7% dos ovários direitos. Entretanto, Correia *et al.* afirma que o diagnóstico de Síndrome do Ovário Policístico realizado unicamente através da ultrassonografia não é suficiente, por isso podem ser encontradas pacientes com ovários de tamanhos normais¹⁸.

O presente estudo apresente certas limitações, principalmente por se tratar de um estudo transversal, que possui obstáculos metodológicos, pois dependem de prevalência elevada e coleta de dados em um único momento no tempo, sendo difícil estabelecer relações causais. Além disso, há outras restrições, como falta de informações, preenchimentos incorretos ou ilegíveis no material de coleta de dados.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o perfil das pacientes atendidas no ambulatório de ginecologia do IMIP, de dezembro de 2018 a junho de 2019, foi: idade mediana de 32 anos, pardas, com sobrepeso, com ensino médio, nuligestas e nulíparas, que não sofreram aborto. A mediana da menarca das pacientes foi de 13 anos e da coitarca 18 anos. Além disso, não foi verificada prevalência de tabagismo e etilismo.

A maioria das pacientes relatou dismenorreia e ciclo irregular. A irregularidade do ciclo mais prevalente foi amenorreia, seguida por oligomenorreia. O tempo de exposição à gestação teve mediana de 7 anos e o tratamento com indução da ovulação não foi realizado na maioria das pacientes.

A videolaparoscopia diagnóstica e/ou terapêutica foi, entre o tratamento clínico e cirúrgico, a conduta mais realizada entre as pacientes. O uso de antiglicemiantes foi comum entre as pacientes, sendo o medicamento de escolha para o tratamento da infertilidade a metformina.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hutchison SK, Stepto NK, Harrison CL, Moran LJ, Strauss BJ, Teede HJ. Effects of exercise on insulin resistance and body composition in overweight and obese women with and without polycystic ovary syndrome. *J Clin Endocrinol Metab.* 2011;96(1):E48–56.
2. Stein IF, Leventhal ML. Amenorrhea associated with bilateral polycystic ovaries. *Am J Obstet Gynecol.* 1935;29(2):181–91.
3. Pereira, D. E., Grieco, S. C., & Oliveira, M. (2012). *Efeitos da infertilidade no relacionamento dos cônjuges **.
4. Moreira, S. da N. T., de Sa, J. C. F., Costa, E. C., & de Azevedo, G. D. (2013). [Quality of life and psychosocial aspects of polycystic ovary syndrome: a quali-

- quantitative approach]. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia : Revista Da Federacao Brasileira Das Sociedades de Ginecologia e Obstetricia*, 35(11), 503–510. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24419531>
5. Moreira S, Soares E, Tomaz G, Maranhão T, Azevedo G. Síndrome dos ovários policísticos: enfoque psicossocial. *Acta Med Port*. 2010;23(2):237-42.
 6. Rojas, J., Chávez, M., Olivar, L., Rojas, M., Morillo, J., Mejías, J., ... Bermúdez, V. (2014). Polycystic Ovary Syndrome, Insulin Resistance, and Obesity: Navigating the Pathophysiologic Labyrinth. *International Journal of Reproductive Medicine*, 2014, 1–17. <https://doi.org/10.1155/2014/719050>
 7. Azziz, R., Sanchez, L. A., Knochenhauer, C., Moran, C., Lazenby, K. C., Stephens, K. T., & Boots, L. R. (2004). Androgen excess in women: Experience with over 1,000 consecutive patients. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 89(2), 453–462. <http://dx.doi.org/10.1210/jc.2003-031122>
 8. Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS consensus workshop group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome (PCOS). *Hum Reprod*. 2004;19(1):41–7.
 9. Servi, D. E., & Cont, M. (2008). Sistema de Gestão da Qualidade SGQ. 1–25.
 10. Bergh, C. M., Moore, M., & Gundell, C. (2016). Evidence-Based Management of Infertility in Women With Polycystic Ovary Syndrome. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing : JOGNN*, 45(1), 111–122. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2015.10.001>
 11. Pontes A, F. B. (2016). Síndrome dos ovários policísticos – diagnóstico tratamento e repercussões ao longo da vida. Faculdade de medicina de Botucatu.
 12. Síndrome dos ovários policísticos. -- São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2018. (Série, Orientações e

Recomendações FEBRASGO, no.4/Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Endócrina). 103p.

13. Santana, L. F., Ferriani, R. A., Sá, M. F. S. de, & Reis, R. M. dos. (2008). Tratamento da infertilidade em mulheres com síndrome dos ovários policísticos. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 30(4), 201–209. <https://doi.org/10.1590/s0100-72032008000400008>
14. M.N.Mascarenhas,S.R.Fluxman,T.Boerma, S. Vanderpoel, andG.A.Stevens,“National,regional, andglobaltrends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys,” *PLoS Medicine*,vol.9,no. 12,Article ID e1001356, 2012
15. Schmid J, Kirchengast S, Vytiska-Binstorfer E, Huber J. Infertility caused by PCOS - health-related quality of life among Austrian and Moslem immigrant women in Austria. *Hum Reprod*. 2004;19(10):2251-7.
16. Wang, J. X., Davies, M. J., & Norman, R. J. (2001). Polycystic ovarian syndrome and the risk of spontaneous abortion following assisted reproductive technology treatment. *Human Reproduction*, 16(12), 2606–2609. <https://doi.org/10.1093/humrep/16.12.2606>
17. Augusto Pinto Ávila, M. DE, -rj, T., Vasconcellos Bruno, R., Cuiabano Barbosa, F., Cupertino Andrade, F. DE, Cardoso Oliveira E Silva, A. DE, & Egídio Nardi, A. (2014). Síndrome dos ovários policísticos: implicações da disfunção metabólica Artigo Original Artigo Original Artigo Original Artigo Original Artigo Original. *Rev. Col. Bras. Cir*, 41(2), 106–111. <https://doi.org/10.1590/S0100-69912014000200006>
18. Correia, D. (2016). Análise Computacional de Imagens do Ovário no diagnóstico de síndrome do ovário policístico. Dissertação de Mestrado - Faculdade de Engenharia. Universidade Do Porto.

TABELAS

1- Características sociodemográficas e gestacionais das pacientes com SOP e infertilidade atendidas no ambulatório

IDADE	X	D.P
	32	4,37
IMC	N	%
Eutrófico	3	7,7%
Não declarado	15	38,5%
Obesidade I	7	17,9%
Obesidade II	1	2,6%
Obesidade III	1	2,6%
Sobrepeso	12	30,8%
Total	39	100,0%
ANOS DE ESTUDO	N	%
12 ou mais anos	7	17,9%
4 a 7 anos	10	25,6%
8 a 11 anos	14	35,9%
Não declarado	8	20,5%
Total	39	100,0%
RAÇA	N	%
Branca	4	10,3%
Indígena	1	2,6%
Não declarado	5	12,8%
Negra	1	2,6%
Parda	28	71,8%
Total	39	100,0%
NÚMERO DE GESTAÇÕES	N	%
0	24	61,5%
1	12	30,8%
2	3	7,7%
Total	39	100,0%
NÚMERO DE PARTOS	N	%
0	34	87,2%
1	4	10,3%
2	1	2,6%
Total	39	100,0%
NÚMERO DE ABORTOS	N	%
0	30	76,9%
1	7	17,9%
2	2	5,1%

Total	39	100,0%

2-Doenças e condições associadas

HAS	N	%
Não	28	71,8%
Não declarado	3	7,7%
Sim	8	20,5%
Total	39	100,0%
DIABETES MELLITUS	N	%
Não	35	89,7%
Não declarado	3	7,7%
Sim	1	2,6%
Total	39	100,0%
OBESIDADE	N	%
Não	25	64,1%
Não declarado	5	12,8%
Sim	9	23,1%
Total	39	100,0%

3-Características Ginecológicas

MENARCA	N	%
11	6	15,8%
12	12	31,6%
13	12	31,6%
14	7	18,4%
15	1	2,6%
Total	38	100,0%
COITARCA	N	%
13	1	2,6%
14	1	2,6%
ETILISMO	N	%
Não	28	71,8%
Sim	11	28,2%
Total	39	100,0%
TABAGISMO	N	%
Não	37	94,9%
Sim	2	5,1%
Total	39	100,0%

15	5	13,2%
16	8	21,1%
17	2	5,3%
18	3	7,9%
19	4	10,5%
20	3	7,9%
21	5	13,2%
22	3	7,9%
23	1	2,6%
25	1	2,6%
28	1	2,6%
Total	38	100,0%
DISMENORREIA		
	N	%
Não	10	25,6%
Não declarado	5	12,8%
Sim	24	61,5%
Total	39	100,0%
REGULARIDADE DO CICLO		
	N	%
Não	26	66,7%
Não declarado	3	7,7%
Sim	10	25,6%
Total	39	100,0%
TIPOS DE IRREGULARIDADE		
	N	%
Amenorreia	19	61,3%
Hipermenorreia	1	3,2%
Não declarado	3	9,7%
Oligomenorreia	8	25,8%
Total	31	100,0%

4-Terapia para infertilidade

TEMPO DE EXPOSIÇÃO A GRAVIDEZ	N	%
1	1	2,9%
2	1	2,9%
3	3	8,8%
4	5	14,7%
5	3	8,8%
6	3	8,8%
7	3	8,8%
8	2	5,9%
9	1	2,9%
10	6	17,6%
11	2	5,9%

12	1	2,9%
13	2	5,9%
15	1	2,9%
Total	34	100,0%
TRATAMENTO CLÍNICO PRÉVIO COM INDUTORES DE OVULAÇÃO		
	N	%
Não	26	66,7%
Não declarado	1	2,6%
Sim	12	30,8%
Total	39	100,0%
TRATAMENTO CIRÚRGICO PRÉVIO		
	N	%
Cistectomia de ovário	1	2,6%
Não declarado	14	35,9%
Ooforosplastia	2	5,1%
Perfurocauterização ovariana	1	2,6%
Videolaparoscopia	21	53,8%
Total	39	100,0%
USO DE ANTICONCEPCIONAL		
	N	%
Não	27	69,2%
Sim	12	30,8%
Total	39	100,0%
USO DE ANTIGLICEMIANTES		
	N	%
Não	13	33,3%
Sim	26	66,7%
Total	39	100,0%
TIPO DE ANTIGLICEMIANTES		
	N	%
Metformina	26	100%
USO DE ANTIANDROGÊNICOS		
	N	%
Não	36	92,3%
Sim	3	7,7%
Total	39	100,0%

5- Características Ultrassonográficas

OVÁRIO ESQUERDO	N	%
11-20	13	33,3%
2-10	9	23,1%
21-30	5	12,8%
Maior que 31	3	7,7%
Não declarado	9	23,1%
Total	39	100,0%
OVÁRIO DIREITO	N	%
11-20	13	33,3%
2-10	10	25,6%
21-30	2	5,1%
Maior que 31	4	10,3%
Não declarado	10	25,6%
Total	39	100,0%