



NORMA

DA DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE

NÚMERO: **003/2011**

DATA: **19/01/2011**

ASSUNTO: Conduta em Infertilidade
PALAVRAS-CHAVE: Infertilidade, Referenciação em Infertilidade
PARA: Profissionais de Saúde
CONTACTOS: Divisão de Saúde Reprodutiva – secretariado.dsr@dgs.pt

Nos termos da alínea c) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 66/2007, de 29 de Maio, na redacção dada pelo Decreto Regulamentar nº 21/2008, de 2 de Dezembro, emite-se a Norma sobre Conduta em Infertilidade para os Cuidados de Saúde Primários – edição revista em Dezembro de 2010.

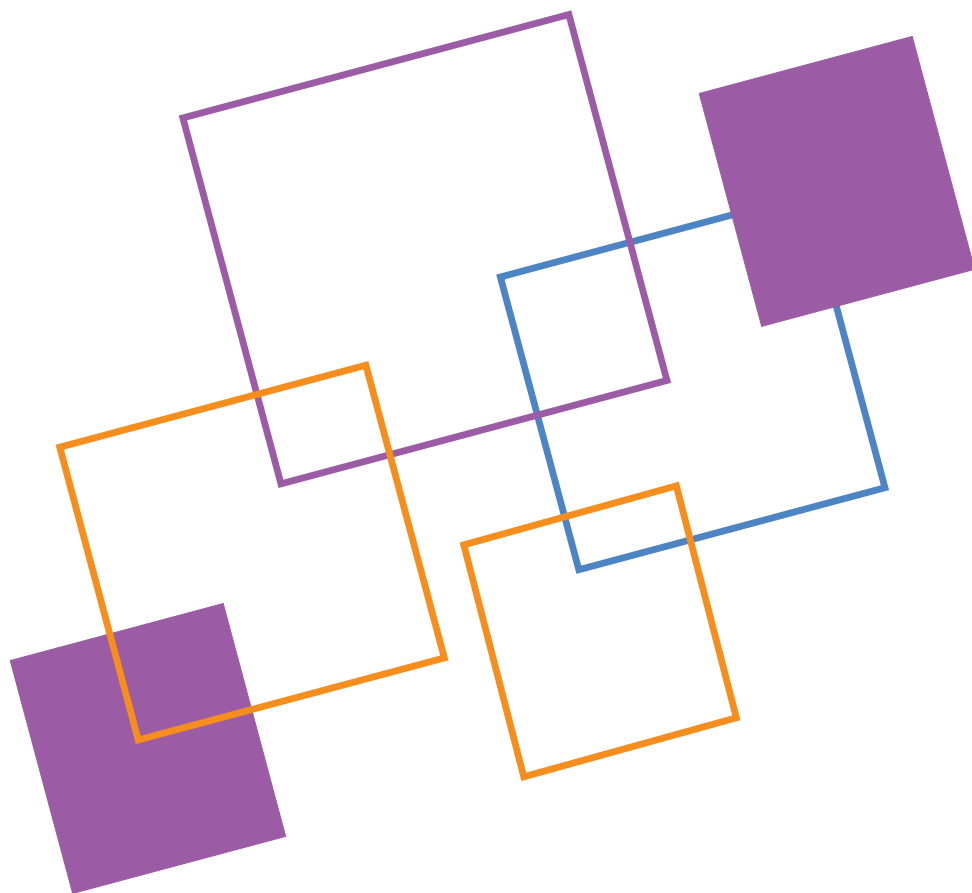
A referida Norma, que se encontra disponível para *download* em www.saudereprodutiva.dgs.pt, está, igualmente, editada em publicação impressa.



Francisco George
Director-Geral da Saúde

SAÚDE REPRODUTIVA INFERTILIDADE

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



NORMAS
DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Direcção-Geral da Saúde
Divisão de Saúde Reprodutiva

Saúde Reprodutiva
INFERTILIDADE | CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Lisboa, 2010

NORMA

DA DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE



NÚMERO: **003/2011**

DATA: **19/01/2011**

ASSUNTO: **Conduta em Infertilidade**
PALAVRAS-CHAVE: **Infertilidade, Referenciação em Infertilidade**
PARA: **Profissionais de Saúde**
CONTACTOS: **Divisão de Saúde Reprodutiva – secretariado.dsr@dgs.pt**

Lisboa: DGS, 2008
Edição revista em 2010 – 18 p.

ISBN 978-972-675-186-1

Infertilidade/Saúde reprodutiva/Cuidados pré-concepcionais

Editor
Direcção-Geral da Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 LISBOA
<http://www.dgs.pt>
www.saudereprodutiva.dgs.pt

Capa
Luciano Chastre

ÍNDICE

SAÚDE REPRODUTIVA E INFERTILIDADE.....	5
INFERTILIDADE CONJUGAL.....	6
PRESTAÇÃO DE CUIDADOS EM INFERTILIDADE.....	7
OBJECTIVOS	7
ACTIVIDADES A DESENVOLVER	7
ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS.....	8
CUIDADOS PRÉ-CONCEPCIONAIS	9
ABORDAGEM DO CASAL INFÉRTIL	10
AVALIAÇÃO CLÍNICA DO CASAL	10
HISTÓRIA REPRODUTIVA	11
SEXUALIDADE	11
HÁBITOS	11
RISCO OCUPACIONAL	12
AVALIAÇÃO COMPLEMENTAR NA MULHER	12
AVALIAÇÃO COMPLEMENTAR NO HOMEM	13
INVESTIGAÇÃO / EXAMES COMPLEMENTARES	14
CRITÉRIOS DE REFERENCIAÇÃO	15
FLUXOGRAMA	16
BIBLIOGRAFIA	17

SAÚDE REPRODUTIVA E INFERTILIDADE

A maior parte das pessoas, em todo o mundo, tem expectativas de vida que incluem o exercício da parentalidade. Contudo, nem todos os casais que desejam uma gravidez irão conseguir esse objectivo espontaneamente e uma proporção desses indivíduos necessitará de intervenção médica para o fazer.

A infertilidade tem sido considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um problema de saúde pública. Na perspectiva do cumprimento dos objectivos centrais do Programa de Acção da Conferência das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento – *garantir a todos os indivíduos, em 2015, o acesso a serviços de saúde reprodutiva de qualidade* – aquela Organização tem colocado tónica na acessibilidade como um dos grandes desafios do milénio para todos aqueles que estão envolvidos na prestação de cuidados em infertilidade e procriação medicamente assistida.

Compete aos governos desenvolver e planear estratégias que permitam atingir aquele objectivo e implementá-las, tendo em conta que os cuidados a prestar na área da saúde sexual e reprodutiva compreendem um conjunto de serviços, técnicas e métodos que, interagindo, contribuem de forma global para a saúde e o bem-estar reprodutivos, quer através da prevenção, quer da resolução de problemas, dando respostas adequadas às necessidades específicas de cada indivíduo ao longo do ciclo de vida.

É portanto num contexto de prestação de cuidados integrados em saúde reprodutiva, que se insere a abordagem clínica e a orientação, no âmbito da medicina geral e familiar, dos casais que apresentam dificuldades em obter uma gravidez bem sucedida.

A prevalência da Infertilidade é muito difícil de avaliar, havendo estudos que referem a possibilidade de uma em cada quatro mulheres poder ter dificuldades em engravidar ao longo da sua vidaⁱ. É comum afirmar-se que 10 a 15% dos casais em idade reprodutiva se enquadram na definição acima referida. Contudo esta estimativa pode ter variações geográficas. Um estudo recenteⁱⁱ apresentou uma prevalência de infertilidade variando entre 3,5% e 16,7% nos países mais desenvolvidos e 6,9% a 9,3% nos menos desenvolvidos, valores que levaram a uma média estimada de 9%, quer para os primeiros, quer para os segundos. Desses casais, só um pouco mais de 50% procuraram ajuda médica. Estamos, pois, perante uma realidade cuja tradução numérica depende não só das metodologias de avaliação mas também das características organi-

zativas dos sistemas de saúde existentes onde as populações estudadas se inserem.

Recentemente foram tornados públicos os resultados de um estudo de caracterização da infertilidade em Portugal, desenvolvido através de inquéritos na comunidadeⁱⁱⁱ. Estima-se nesse estudo que 9,8% das mulheres com idade entre os 25 e os 69 anos tiveram um problema de infertilidade ao longo da vida. Para as mulheres entre os 25 e os 44 anos o valor dessa taxa foi de 8,2%.

6

INFERTILIDADE CONJUGAL

A OMS define infertilidade como “uma doença do sistema reprodutivo traduzida na incapacidade de obter uma gravidez após 12 meses ou mais de relações sexuais regulares e sem uso de contraceção”^{iv}. Existe consenso em considerar que após um ano, deve ser iniciado um processo de avaliação de eventuais factores envolvidos.

A probabilidade da ocorrência de uma gravidez em cada ciclo menstrual é de cerca de 20% a 25%. Após um ano, aproximadamente 80% dos casais terão obtido uma gravidez. Esta proporção sobe para 90% ao fim de dois anos.

A infertilidade considera-se *primária* quando não houve uma gravidez prévia e *secundária* nas demais situações, mesmo que a gravidez tenha resultado em aborto ou ectópica.

As causas de infertilidade são múltiplas e podem, ou não, estar associadas a anomalias do sistema reprodutor masculino ou feminino. A investigação deve desenvolver-se de forma faseada e abranger simultaneamente os dois elementos do casal, uma vez que em cerca de 30% dos casos, ambos contribuem para o problema.

As percentagens relativas dos factores de infertilidade presentes não são universais, mas globalmente, é possível identificar um factor masculino em 30-40% dos casos. Na mulher a patologia ginecológica está presente em 30-40% das situações (endometriose 5%, doença tubária 15%, entre outras) e a disovulação em 14-15%^v podendo, segundo outros autores, ultrapassar os 20%^{vi}.

Em aproximadamente 10% dos casais não é possível estabelecer uma causa^{vii}.

A FERTILIDADE É INFLUENCIADA POR FACTORES COMO:

- idade da mulher, de forma mais significativa acima dos 35 anos
- tipo e frequência das relações sexuais
- consumo de tabaco, de álcool ou drogas ilícitas
- utilização de medicamentos
- hábitos alimentares e estilos de vida
- certos tipos de trabalho e/ou lazer
- alterações significativas do peso (IMC <19 e >29)

PRESTAÇÃO DE CUIDADOS EM INFERTILIDADE

OBJECTIVOS

- Preparar para uma maternidade e paternidade responsáveis
- Identificar, apoiar e orientar os casais com dificuldade em obter uma gravidez
- Contribuir para o bem-estar do casal e para a sua realização parental e familiar

ACTIVIDADES A DESENVOLVER

- *Prestar cuidados antecipatórios e preventivos*

As questões relativas à **prevenção da infertilidade** inserem-se no âmbito do planeamento familiar, em particular dos cuidados pré-concepcionais, sendo de salientar:

- prevenção, diagnóstico e tratamento das infecções de transmissão sexual
- rastreio do cancro do colo do útero quando não realizado em programas específicos

- identificação de factores que possam concorrer negativamente para obter uma gravidez
- identificação e referênciação das situações de risco para a saúde reprodutiva (genético, doença crónica, por exemplo)
- *Apoiar e orientar os casais com infertilidade primária ou secundária*
 - reavaliar a situação clínica confirmando a não existência de factor contributivo; efectuar o estudo complementar básico adequado à abordagem do casal infértil
 - facultar informação completa, isenta e científica sobre as etapas a percorrer para a resolução das situações de infertilidade
 - referenciar as situações que necessitam de estudos ou tratamentos diferenciados

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

O tratamento da infertilidade tem conhecido evolução constante e requer empenho e disponibilidade quer do casal, quer dos profissionais. A avaliação a efectuar nestas situações envolve várias etapas, progressivamente mais complexas e específicas. No entanto, a primeira abordagem pressupõe uma avaliação global que deve ser feita a nível dos cuidados de saúde primários.

Os médicos de medicina geral e familiar são frequentemente o primeiro contacto do casal com dificuldade em engravidar. A existência de uma boa articulação entre a equipa que presta os tratamentos e a de medicina familiar é de grande importância, podendo ter um impacto positivo na eficácia do tratamento e na satisfação do casal.

Tal como para outras áreas da saúde reprodutiva, a referenciação dos casais para diagnóstico e tratamento da infertilidade faz-se de acordo com a Rede de Referenciação de Infertilidade actualizada em Outubro de 2010.

- cuidados de saúde primários
- cuidados hospitalares de 1ª linha – tratamentos médicos e cirúrgicos através da consulta de infertilidade / medicina da reprodução
- cuidados hospitalares de 2ª linha – centros de procriação medicamente assistida

Cabe às Unidades Coordenadoras Funcionais estabelecer, de acordo com os critérios clínicos definidos nestas Normas, os protocolos de articulação entre os serviços e assegurar a sua difusão entre todos os intervenientes.

Cabe às Administrações Regionais de Saúde garantir a acessibilidade dos casais aos cuidados hospitalares de 1ª linha, adequando as relações de complementaridade entre instituições sempre que um Hospital de Apoio Perinatal não dispuser das condições indispensáveis para dar resposta às necessidades da população da sua área de influência.

Os casais serão referenciados para os cuidados hospitalares de 1ª linha, assim como para a procriação medicamente assistida através de um sistema informático (FERTIS) que fará também a monitorização dos cuidados prestados.

CUIDADOS PRÉ-CONCEPCIONAIS

A avaliação pré-concepcional é obrigatória num contexto de boas práticas, sempre que uma mulher/casal expresse intenção de engravidar. Realizados preferencialmente antes de suspender o método contraceptivo e, por consequência, sem que seja conhecida uma situação de infertilidade, os cuidados antecipatórios não devem, no entanto, obviar essa possibilidade.

A filosofia dos cuidados pré-concepcionais consubstancia-se num processo integrado e contínuo de cuidados em saúde reprodutiva, que decorre do aproveitamento das inúmeras oportunidades que surgem, com frequência, no quotidiano da prática clínica desde a adolescência. Sem contrariar esse entendimento fundamental, perante a decisão de uma futura gravidez, recomenda-se efectuar uma consulta específica com o objectivo de actualizar os dados colhidos na avaliação do risco reprodutivo e sistematizar as recomendações pertinentes em cada caso^{vii}.

Tendo em conta os riscos biológicos associados à gravidez, os cuidados pré-concepcionais, considerados parte integrante dos cuidados primários em saúde reprodutiva, têm como principal grupo-alvo as mulheres em idade fértil. No entanto, será necessário contemplar, também, a participação dos homens nas questões de saúde sexual e reprodutiva, não apenas como interlocutores daquelas, mas enquanto verdadeiros parceiros nestes domínios e, como tal, sujeitos a igual intervenção.

Na consulta pré-concepcional deve obter-se a informação clínica da mulher/casal, e propor as medidas tendentes a minimizar ou eliminar esse risco. É essencial ponderar o impacto que factores como a idade da mulher, os antecedentes genéticos, hábitos, doenças crónicas, infecções, vários fármacos e poluentes, podem vir a representar.

Especial atenção deve ser dada à exposição e/ou imunidade às doenças infecciosas, às infecções de transmissão sexual (com as suas possíveis consequências sobre a fertilidade e/ou o feto), ao risco de ingestão de medicamentos, prescritos ou não (como antiepilépticos, lítio e outros antidepressivos), que podem interferir e/ou dificultar o processo reprodutivo.

Esta consulta proporciona um excelente momento para discutir assuntos relacionados com a sexualidade e a reprodução. Informar sobre a fisiologia (ciclo menstrual, ovulação, período fértil, probabilidade de ocorrência de gravidez) e esclarecer sobre hábitos do casal que podem ser críticos para a concepção.

É também uma oportunidade para alargar os cuidados preventivos, avaliando o estado nutricional e a adequação do peso. Tanto a obesidade como o baixo peso podem ter reflexos negativos sobre a fertilidade, a mãe e/ou o feto, além de, por si só, interferirem com a capacidade reprodutiva. A avaliação da dieta e propostas de alterações pertinentes são componentes importantes do aconselhamento, onde, evidentemente, se inclui a informação acerca do risco que envolve o consumo de substâncias nocivas como o tabaco, o álcool e outras drogas, também elas possíveis co-responsáveis de situações de infertilidade.

ABORDAGEM DO CASAL INFÉRTIL

As situações de infertilidade estão frequentemente associadas a alterações emocionais, como ansiedade, depressão, raiva e desvalorização pessoal, que por sua vez podem potenciar factores de infertilidade pré-existentes. A abordagem do casal deve ter sempre presente esta realidade e antecipar/ prevenir possíveis sentimentos que possam advir no decurso do diagnóstico e do tratamento.

Uma vez que será pedido aos casais grande empenho e disponibilidade, é extremamente vantajoso que o aconselhamento seja feito em conjunto e que seja dada informação clara sobre todo o percurso a efectuar na investigação e no tratamento. No essencial, o esclarecimento da situação deve permitir ao casal tomar decisões informadas e seguras ao longo de todo o processo. O apoio psicológico é, frequentemente, necessário.

AVALIAÇÃO CLÍNICA DO CASAL

A anamnese deve ser exaustiva e, mesmo para os casais cuja história clínica é conhecida, os seguintes aspectos devem ser reavaliados, tendo em conta que

muitas situações de infertilidade poderão ser corrigidas com simples modificações de hábitos de consumo ou de comportamentos.

HISTÓRIA REPRODUTIVA

- Paternidade/maternidade em relações anteriores
- Infertilidade prévia e tratamentos utilizados
- Duração da infertilidade actual
- Antecedentes de infecções de transmissão sexual

11

SEXUALIDADE

- Avaliar o padrão das relações sexuais
 - frequência
 - ocorrência durante o período fértil¹
 - função eréctil
- Métodos contraceptivos utilizados
- Uso de lubrificantes

Os casais devem ser informados que as situações de *stress*, quer no homem, quer na mulher, para além de afectarem a relação do casal, estão frequentemente relacionadas com diminuição da líbido, das relações sexuais e com a disfunção eréctil. Podem inclusive contribuir para o problema de infertilidade, embora seja incorrecto relacionar a infertilidade apenas com o *stress*.

HÁBITOS

- Consumo de bebidas alcoólicas e tabaco, medicamentos ou outras substâncias
 - o álcool diminui a fertilidade, sendo estabelecidos máximos de ingestão:
unidades de álcool² por semana – $\leq 1-2$ na mulher e $\leq 3-4$ no homem

¹ Ter relações sexuais a intervalos não superiores a 48 horas durante a semana fértil do ciclo menstrual aumenta as hipóteses de uma gravidez. Programar as relações sexuais para coincidir com a ovulação pode causar ansiedade na vivência da intimidade do casal, pelo que, neste âmbito, não é recomendável

² Unidade de Álcool corresponde a 10 gr de álcool, o equivalente ao conteúdo de qualquer bebida servida nos copos habitualmente utilizados (cerveja = copo / brandy = cálice, etc.)

- as drogas ilícitas, incluindo as leves, estão associadas à diminuição da fertilidade, pelo que deve ser aconselhada a suspensão da sua utilização
- existe associação entre o consumo de tabaco e a redução da quantidade e da qualidade dos espermatozóides e dos ovócitos. Deve ser oferecido suporte clínico para a cessação tabágica
- Alimentares
 - a obesidade (IMC >29) no homem ou na mulher, assim como o baixo peso (IMC <19) em mulheres, estão relacionados com diminuição da fertilidade³

IMC recomendado entre 19 e 29

RISCO OCUPACIONAL

A exposição profissional a alguns agentes pode estar associada a alteração da fertilidade:

- NA MULHER
 - solventes - (indústria de tintas ou madeiras)
 - agentes químicos como mercúrio, cádmio ou agentes anti-neoplásicos (farmacêuticas e enfermeiras)
- NO HOMEM
 - calor - o aumento da temperatura na região do escroto (trabalhadores em fornos, cozinheiros, motoristas)
 - radiações - (radioterapeutas)
 - pesticidas - (trabalhadores agrícolas)
 - solventes ou outros agentes químicos - (pintores, técnicos de laboratório)
- NO CASAL
 - exercício excessivo, trabalho físico intenso ou por turnos, *stress*

AValiação Complementar na Mulher

- Existência de patologia, designadamente, endócrina implica procurar sinais ou sintomas de hipo/hipertiroidismo, hirsutismo, galactorreia, diabetes, entre outros
- História de tuberculose (antiga ou actual)

³ Em mulheres com IMC >29 ou IMC <19, a perda ou ganho de peso, respectivamente, pode aumentar a possibilidade de engravidar

- Desenvolvimento na puberdade, a menarca, os ciclos menstruais e sua regularidade (amenorreia, oligomenorreia), dismenorreia, dispareunia, caracteres sexuais secundários (pilosidade, desenvolvimento mamário)
- Antecedentes de abortos de repetição, interrupção voluntária da gravidez e suas eventuais complicações, infecção de transmissão sexual, doença inflamatória pélvica. Cirurgia, abdominal ou pélvica, anterior (apendicectomia, tubária ou outra)
- Medicação habitual. Entre outros:
 - Antidepressivos e antiinflamatórios não esteróides podem associar-se a anovulação
 - Cimetidina e antidepressivos podem aumentar os níveis de prolactina
 - Imunossupressores interferem na capacidade de concepção
 - Fármacos citotóxicos podem induzir falência ovárica
 - Exposição a quimio ou radioterapia pode interferir na capacidade reprodutiva por mecanismos diversos

AVALIAÇÃO COMPLEMENTAR NO HOMEM

- Nas doenças crônicas, designadamente diabetes e hipertensão deve ter-se especial atenção à medicação:
 - Bloqueadores dos canais de cálcio podem prejudicar a capacidade fecundante dos espermatozóides
 - β -bloqueantes, ansiolíticos e antidepressivos diminuem a função erétil
- Desenvolvimento pubertário, caracteres sexuais secundários, presença de testículos nas bolsas, existência de varicocele
- História de infecção dos testículos, orquite pós-parotidite epidémica, traumatismo do escroto, criptorquidea, herniorrafia inguinal
- Medicação habitual. Entre outros:
 - Cimetidina e antidepressivos podem aumentar os níveis de prolactina
 - Esteróides anabolizantes diminuem a qualidade do espermatozóide
 - Exposição a quimio ou radioterapia pode interferir na capacidade reprodutiva por mecanismos diversos

INVESTIGAÇÃO / EXAMES COMPLEMENTARES

Decorrido pelo menos um ano de relações sexuais regulares sem contraceção e não sendo possível identificar o factor de infertilidade deverá ser proposto ao casal, a realização de exames complementares de diagnóstico, antes da referência para os cuidados hospitalares.

Este estudo compreenderá, também, o rastreio serológico das infecções caso os exames pré-concepcionais tenham sido realizados há mais de 1 ano, ou se a situação clínica o justificar.

Confirmar a ingestão de 0,4 mg/dia de ácido fólico (ou de 4 mg/dia, no caso de antecedentes de malformações do tubo neural).

Foi publicada pela OMS, em 2010, uma nova classificação de espermograma normal⁵.

MULHER	HOMEM
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registo da temperatura basal⁴ ▪ FSH, LH⁶ e estradiol⁷ séricos na 1ª fase do ciclo ▪ Progesterona sérica⁸ ▪ Prolactina sérica⁹ ▪ Ecotomografia pélvica com sonda vaginal ▪ Outros exames¹⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Espermograma⁵

⁴ Registo diário da temperatura basal (sublingual, rectal ou vaginal) avaliada ao acordar, durante 3 meses. A utilidade deste registo é controversa, no entanto, pode ajudar a mulher a compreender melhor a sua fisiologia

⁵ Estuda as características de visualização directa e microscópica do sémen. Devem ser guardados 2 a 5 dias de abstinência sexual antes da data da colheita do esperma (limites mínimo de 2 e máximo de 7 dias - OMS). O tempo entre a colheita e a leitura não deve ultrapassar 1 hora. Perante um resultado inconclusivo, o exame deve ser repetido 3 meses depois. Se existir azoospermia, o espermograma deve ser repetido

Espermograma normal (OMS 2010):

- Volume ≥ 1,5 ml e pH ≥ 7.2
- Concentração ≥ 15x10⁶/ml
- Contagem total ≥ 40 milhões no ejaculado
- Mobilidade progressiva ≥ 32%
- Vitalidade ≥ 58% vivos
- Morfologia normal ≥ 4%
- Leucócitos < 1x10⁶/ml
- Teste MAR < 50% móveis

⁶ A colheita de sangue para avaliar FSH e LH deve ser efectuada entre o 2º e o 5º dia do ciclo menstrual. Particularmente se a mulher tem ciclos irregulares os níveis elevados de FSH (≥10) podem sugerir má função ovárica; nível de LH superior ao de FSH sugere doença poliquística do ovário (embora a relação entre a LH e a FSH possa ser normal mesmo na presença da doença)

⁷ O doseamento sérico do estradiol, na primeira fase do ciclo, fornece indicações sobre a resposta ovárica

⁸ A avaliação da progesterona sérica constitui um bom método para confirmar a ovulação, (ao 21º dia de um ciclo de 28 dias, ou 7 dias antes da previsível menstruação, podendo ser repetida semanalmente em ciclos irregulares)

^{9,10} Se suspeita clínica

Os laboratórios para a realização das análises hormonais e do espermograma devem estar credenciados para esse fim. Sempre que possível serão estabelecidos, através das Unidades Coordenadoras Funcionais, protocolos para a realização desses exames no hospital de referência.

CRITÉRIOS DE REFERENCIAÇÃO

O casal deve ser referenciado de acordo com o protocolo da Unidade Coordenadora Funcional e Rede de Referência de Infertilidade.

A resposta adequada e atempada aos problemas encontrados minimiza as dificuldades do casal e contribui para um maior índice de satisfação por parte de todos os envolvidos, bem como para um maior sucesso reprodutivo.

FLUXOGRAMA

CASAL COM RELAÇÕES SEXUAIS HÁ MAIS DE 1 ANO SEM GRAVIDEZ

REAVLIAÇÃO CLÍNICA DO CASAL E REVISÃO DOS FACTORES
EVENTUALMENTE IMPLICADOS NA INFERTILIDADE

Análises hormonais
Ecografia pélvica (c/ sonda vaginal)
Espermograma
Registo da temperatura basal

Existência de factores de risco
Exames complementares alterados

História clínica e exames
complementares normais

Referenciar para cuidados
hospitalares de 1º linha

Referenciar para cuidados hospitalares
se for essa a vontade do casal

Dados a incluir na referenciação:

- Resumo da História Clínica
- Exames Complementares
- Análises serológicas actualizadas
- FSH, LH, E2 entre o 2º e 5º dias do ciclo
- Progesterona entre o 21º e 23º dias do ciclo
- Ecografia pélvica
- Espermograma

Informação a fornecer ao casal:

- Relações sexuais frequentes, com intervalos regulares
- ≤ 1-2 unidades de álcool/semana para a mulher;
≤ 3-4 unidades de álcool/semana para o homem
- Cessaçãõ tabágica para fumadores
- Índice de massa corporal entre 19-29
- Evitar auto-medicaçãõ e drogas ilícitas
- Praticar medidas protectoras na actividade laboral

Referênciação precoce se:

- História de factores predisponentes (como amenorreia, oligomenorreia, doença inflamatória pélvica ou criptorquídea)
- Mulher com idade ≥ 35 anos
- Seropositivos para VIH, hepatite B ou hepatite C
- Tratamento anterior por cancro (químico e/ou radioterapia)

BIBLIOGRAFIA

Circular Normativa nº 02/DSMIA de 16/01/2006, DGS

Frey K.A., Patel K.S. (2004) Initial Evaluation and Management of Infertility by the Primary Care Physician, *Mayo Clin Proc*, 79(11):1439-43

Family Planning, Health and Well-Being (1994) Relatório do ICPD, Cairo

Infertility: Investigations and Management www.patient.co.uk

Rutstein, Shea O. and Iqbal H. Shah. 2004. *Infecundity, Infertility, and Childlessness in Developing Countries*. DHS Comparative Reports No. 9. Calverton, Maryland, USA: ORC Macro and the World Health Organization

ⁱ Gunnell, D. J., & Ewings, P. (1994). Infertility prevalence, needs assessment and purchasing. *Journal of Public Health*, 16, pp. 29–35

ⁱⁱ Boivin, J., Bunting, L., Collins, J.A., Nygren, K.G. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Human Reproduction*, 22 (6), 1506-1512

ⁱⁱⁱ Silva-Carvalho, JL., Santos A. (2009) – Estudo AFRODITE. Caracterização da Infertilidade em Portugal. Estudo na Comunidade; 9-73

^{iv} Zegers-Hochschild, F., Adamson G.D., Mouzon, J., Ishihara O., Mansour, R., Nygren, K., Sullivan, Poel S. (2009). The ICMART and the WHO revised glossary on ART terminology. *Human Reproduction*, Vol. 24, Nº11 pp. 2683–2687

^v Whitman-Elia GF, Baxley EG (2001) A Primary Care Approach to the Infertile Couple, *Journal of American Board of Family Practice*, 14 (1): 33-45

^{vi} Fertility – Assessment and treatment for people with fertility problems, National Institute for Clinical Excellence (NHS), February 2004 – www.nice.org.uk

^{vii} World Health Organization. (2010). WHO Laboratory Manual for the Examination of Human Semen. Fifth Edition

SITES ÚTEIS

www.dgs.pt

www.saudereprodutiva.dgs.pt

www.cnpma.org.pt

www.spmr.pt

www.nice.org.uk

www.who.int

Direcção-Geral da Saúde
www.dgs.pt



Ministério da Saúde