
Para: Todos os serviços de saúde do Serviço Regional de Saúde

Assunto: Rede de Referência às Técnicas de Procriação Medicamente Assistidas na Região Autónoma dos Açores (RR.PMA-RAA)

Fonte: **Direção Regional da Saúde**

Contacto na DRS: Direção de Serviços de Prestação de Cuidados em Saúde

Class.:C/C. C/F.

INTRODUÇÃO

A importância de garantir, com equidade, na Região Autónoma dos Açores (RAA), respostas adequadas e de qualidade no diagnóstico e tratamento das situações de infertilidade, conduz à necessidade de uniformizar procedimentos, bem como de sistematizar a prestação de cuidados de saúde, nomeadamente no que concerne à articulação entre as unidades de saúde do Serviço Regional de Saúde (SRS) e entre estas e os serviços privados, desta feita, ao abrigo da convenção para a prestação de cuidados de saúde ao SRS na área da procriação medicamente assistida (PMA), cujo clausulado tipo foi aprovado pelo Despacho n.º 290/2013, de 15 de fevereiro.

Neste sentido, importa, antes de mais, considerar alguns pressupostos, na medida em que o suprarreferido terá lógica estratégica assente numa rede de referênciação.

As Redes de Referênciação (RR) são consideradas sistemas, através dos quais pretende regular-se as relações de complementaridade e de apoio técnico entre todas as instituições, de modo a garantir o acesso de todos os utentes aos serviços e unidades prestadores de cuidados de saúde, sustentado num sistema integrado de informação interinstitucional.

Uma RR traduz-se por um conjunto de especialidades médicas e de tecnologias que suportam vários sistemas locais de saúde, permitindo:



-
- a) Articular em rede - Variável em função das características dos recursos disponíveis, dos determinantes e condicionantes regionais e nacionais e do tipo de especialidade em questão;
 - b) Explorar complementaridades de modo a aproveitar sinergias;
 - c) Concentrar experiências, permitindo o desenvolvimento do conhecimento e a especialização dos técnicos com a consequente melhoria da qualidade dos cuidados;
 - d) Concentrar recursos permitindo a maximização da sua rentabilidade.

No desenho e implementação de uma RR deve-se:

- Considerar as necessidades reais das populações;
- Aproveitar a capacidade instalada;
- Adaptar às especificidades e condicionalismos loco-regionais;
- Integrar numa visão de rede global;
- Envolver os serviços de internamento e ambulatório.

ENQUADRAMENTO

Relativamente à matéria concreta do presente documento, poder-se-á dizer que, ao nível nacional a Rede de Referência de Cuidados em Infertilidade/Procriação Medicamente Assistida (PMA) foi aprovada pelo Despacho n.º 24855/2008, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, de 26 de setembro e atualizada em outubro de 2010, tendo em vista a sua adequação à reorganização dos Cuidados de Saúde Primários em Agrupamentos de Centros de Saúde e Unidades Locais de Saúde. Ficaram, assim, definidas as formas de articulação entre os serviços prestadores e as regras de encaminhamento interinstitucional dos casais, tendo em vista melhorar a acessibilidade e, conseqüentemente, a resposta às solicitações, bem

como uniformizar os protocolos de atuação e reduzir as listas de espera, designadamente nas regiões do país onde estas tinham maior expressão.

Tal como para outras áreas da saúde reprodutiva, consideram-se três níveis de cuidados:

- Cuidados de saúde primários – prestados no âmbito da medicina geral e familiar, informação/esclarecimento no sentido de corrigir fatores que possam interferir com o processo de fecundidade; avaliação clínica básica do casal, nomeadamente na preconceção.
- Cuidados hospitalares de 1.ª linha – prestados no contexto da consulta de infertilidade/medicina da reprodução, tendo em vista o diagnóstico do/s fator/es em causa, bem como os eventuais tratamentos médicos e cirúrgicos, que podem contemplar a inseminação artificial nos hospitais apetrechados e autorizados para o efeito.
- Cuidados hospitalares de 2.ª linha – disponibilizados pelos centros de PMA que realizam fertilização in vitro (FIV) e microinjeção intracito plasmática de espermatozóides (ICSI), bem como um conjunto de outras técnicas que visam um melhoramento dos resultados obtidos e traduzidos em gravidezes evolutivas.

Deste modo:

- Considerando a rede de referência supracitada;
- Considerando a realidade arquipelágica da RAA e as especificidades do SRS;
- Considerando a dotação das especialidades conexas a matéria vertente, nomeadamente ginecologia e urologia, nos hospitais do SRS; a existência destas unidades de saúde em apenas 3 (três) ilhas; a existência das unidades de saúde de ilha (USI); o disposto nos n.ºs 1 e 2 do artigo 8º -B do Decreto

Legislativo Regional n.º 1/2010/A, de 4 de janeiro que altera o Estatuto do SRS, a saber:

Articulação dos hospitais com outras entidades

1 — Os hospitais da Região são complementares uns dos outros e cooperam mutuamente.

2 — Os hospitais articulam -se funcionalmente e em termos de complementaridades com as USI.

- Considerando que o n.º 1 do artigo 36º do citado decreto legislativo regional prevê a possibilidade de celebração de convenções com profissionais ou grupos de profissionais de saúde para assegurarem, no âmbito do SRS, a prestação de cuidados de saúde;
- Considerando que a regulamentação do regime de celebração das convenções previstas no n.º 2 do artigo 36º do diploma acima referido, publicada pela Portaria n.º 51/2014, de 30 de julho, veio estabelecer que as convenções a celebrar e o respetivo clausulado tipo são definidos por despacho do Secretário regional com competência em matéria de saúde, sob proposta da Direção Regional da Saúde;
- Considerando o Despacho n.º 290/2013, de 15 de fevereiro, no qual é aprovado o clausulado tipo de convenção para a prestação de cuidados de saúde ao SRS na área da procriação medicamente assistida;
- Considerando, finalmente, o Regulamento Geral de Deslocação do SRS na RAA, aprovado pela Portaria n.º 95/2018, de 2 de agosto;

Assim sendo, atendendo aos pressupostos acima mencionados e nos termos do artigo 11º do Anexo I do Decreto Regulamentar Regional n.º 15/2021/A, de 6 de julho, alterado e republicado pelo Decreto Regulamentar Regional n.º32/2021/A, de 28 de dezembro, e na sequência do despacho de homologação de Sua Excelência o

Secretário Regional da Saúde e Desporto, datado de 27 de maio de 2022, determina-se o seguinte:

1. É criada a Rede de Referenciação às Técnicas de Procriação Medicamente Assistidas na Região Autónoma dos Açores, adiante designada por RR.PMA-RAA.

2. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS EM INFERTILIDADE/ACESSO A PMA DE BENEFICIÁRIOS SEM INFERTILIDADE

2.1. Objetivos da RR.PMA-RAA

- Preparar para uma maternidade e paternidade responsáveis.
- Identificar, apoiar e orientar os casais com dificuldade em obter uma gravidez, bem como os casais de mulheres e as mulheres sem parceiro.
- Contribuir para o bem-estar e para a realização parental e familiar de todos beneficiários acima citados.

2.2. Atividades a desenvolver

- **Prestar cuidados antecipatórios e preventivos**

As questões relativas à prevenção da infertilidade e à prevenção de problemas obstétricos que levam a um desfecho desfavorável, inserem-se no âmbito do planeamento familiar, em particular dos cuidados préconcepcionais, sendo de salientar:

- Prevenção, diagnóstico e tratamento das infeções de transmissão sexual;
- Rastreio do cancro do colo do útero quando não realizado em programas específicos;

-
- Identificação de fatores que possam concorrer negativamente para obter uma gravidez;
 - Identificação e referenciação das situações de risco para a saúde reprodutiva (genético, doença crónica, por exemplo). Ter especial atenção para beneficiários que pretendem engravidar e pertencem a famílias portadoras de Doença de Machado Joseph (DMJ), possibilitando-lhe acesso a PMA com Diagnóstico Pré Implantatório (DPI).
- **Apoiar e orientar os casais com infertilidade primária ou secundária**
 - Reavaliar a situação clínica confirmando a não existência de fator contributivo; efetuar 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
 - **Apoiar e orientar os casais de mulheres e as mulheres sem parceiro que pretendem engravidar.**

3. ORGANIZAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO

Para a RR.PMA-RAA consideram-se três níveis de cuidados:

- **Cuidados de saúde primários** – prestados no âmbito da medicina familiar, informação/esclarecimento no sentido de corrigir fatores que possam interferir com o processo de fecundidade; avaliação clínica básica do casal,

nomeadamente na preconção; informar, orientar e conduzir para os Centros PMA beneficiários sem infertilidade, previstos na legislação em vigor.

- **Cuidados hospitalares de 1.ª linha** – prestados no contexto da consulta de infertilidade, tendo em vista o diagnóstico do/s fator/es em causa.
- **Cuidados hospitalares de 2.ª linha** – disponibilizados pelo (s) centro (s) de PMA convencionados na RAA.

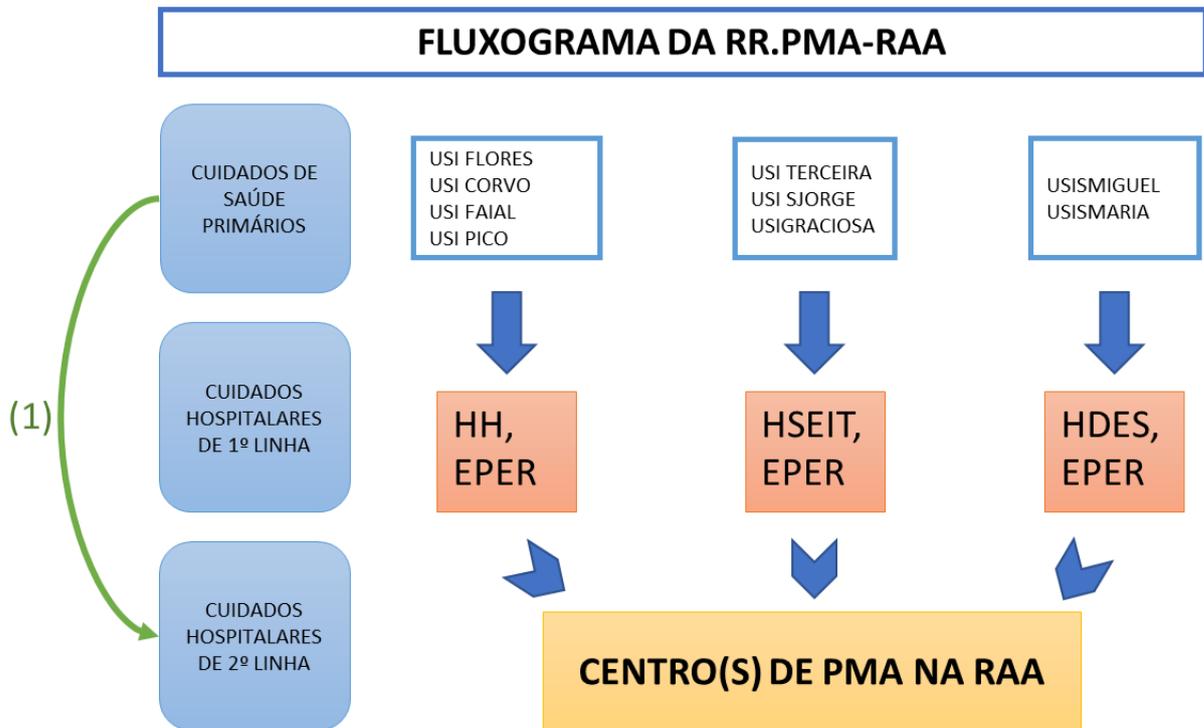
Para a RR.PMA-RAA definem-se as áreas de abrangência hospitalar e respetiva articulação com as unidades de saúde de ilha (USI).

Assim, as USI articulam-se com os hospitais, EPER do SRS, em conformidade com o conceito de área de abrangência hospitalar:

- USI de São Miguel e de Santa Maria – Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPER (HDES, EPER);
- USI do Faial, do Pico, das Flores e do Corvo – Hospital da Horta, EPER (HH, EPE)
- USI de São Jorge, Terceira e da Graciosa – Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, EPER (HSEIT, EPER).

A referenciação dentro da Rede procede-se do seguinte modo:

1. A USI articula-se e referencia para o hospital de abrangência;
2. O hospital referencia, através da consulta de apoio à fertilidade para o(s) centro(s) de PMA convencionados com o SRS.
3. Beneficiários sem Infertilidade, abrangidos pela legislação vigente, bem como os casos de infertilidade em que o hospital de referência não permita uma resposta em 60 dias, podem ser referenciadas pela U. I. diretamente ao Centro PMA.



(1) Beneficiários sem infertilidade e casos com espera de > 60 dias.

Os hospitais, EPER do SRS devem efetuar as referências relativamente aos cuidados de saúde abrangidos pelas convenções em vigor, obrigatoriamente, para as entidades convencionadas na RAA.

O ato da referência deve obedecer ao Regulamento Geral de Deslocação do SRS na RAA em vigor, devendo indicar, expressamente, qual o escalão no qual o utente está inserido.

Para a efetivação da referência para PMA deve ter-se em consideração os critérios de admissão à PMA previstas na Lei, bem como o critério Regional de abrangência dos 20 aos 45 das beneficiárias.

3.1. Organização dos serviços/ atribuições dos serviços de saúde do SRS



Atendendo aos três níveis de cuidados estipulados para a RR.PMA-RAA, definem-se as atribuições correspondentes para cada um desses níveis.

3.1.1. Cuidados de saúde primários - Unidades de saúde de ilha

O tratamento da infertilidade tem conhecido evolução constante e requer empenho e disponibilidade quer do casal, quer dos profissionais.

A avaliação a efetuar nestas situações envolve várias etapas progressivamente mais complexas e específicas. No entanto, a primeira abordagem pressupõe uma avaliação global que deve ser efetuada ao nível dos cuidados de saúde primários.

Os médicos de medicina geral e familiar são, preferencialmente, 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.

Dada a relevância da prestação de cuidados na fase anterior à conceção, reforça-se a necessidade de assegurar a realização de consultas com essa finalidade, idealmente, ainda ao nível dos cuidados de saúde primários, de modo a que no momento em que um casal entra no circuito médico por infertilidade, a avaliação básica da sua situação já tenha sido realizada.

Considerando o acima referido, aos centros de saúde que integram as USI cabem as seguintes atribuições, no âmbito dos cuidados de saúde na infertilidade:

a) 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 contraceutivo 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 efetuar uma consulta específica com o objetivo de atualizar os dados colhidos na avaliação do risco reprodutivo e sistematizar as recomendações pertinentes em cada caso.

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 de fatores de risco, tais como a idade da mulher, os antecedentes genéticos, hábitos, doenças crónicas, infeções, vários fármacos e poluentes.

Especial atenção deve ser dada à exposição e/ou imunidade às doenças infecciosas, às infeções 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 anti-epiléticos, lítio e outros antidepressivos), que podem interferir e/ou dificultar o processo reprodutivo.

A consulta de medicina geral e familiar deve proporcionar um momento de excelência 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 conceção.

A citada consulta é também uma oportunidade para se assumirem outros cuidados preventivos, avaliando-se, nomeadamente, o estado nutricional e a adequação do peso. Tanto a obesidade como o baixo peso podem ter reflexos negativos sobre a fertilidade, podendo interferir com a capacidade reprodutiva. A avaliação da dieta e propostas de alterações pertinentes são componentes importantes do aconselhamento, onde, evidentemente, inclui-se a informação acerca do risco que envolve o consumo de substâncias nocivas como o tabaco, o álcool e outras drogas, também elas possíveis responsáveis de situações de infertilidade.

É de maior importância, procurar saber se existem casos de Doença Machado-Joseph (DMJ) na família e oferecer a possibilidade de PMA com DPI.

b) 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 fatores 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 empenho e disponibilidade, é extremamente vantajoso que o aconselhamento seja feito em conjunto e que seja dada informação clara sobre todo o percurso a efetuar na avaliação 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.

c) Avaliação clínica do casal

A anamnese deve ser exaustiva e, mesmo para os casais cuja história clínica é conhecida, os seguintes aspetos 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 atual;
 - Antecedentes de infeções de transmissão sexual.
- Sexualidade:
 - Avaliar o padrão das relações sexuais
 - Frequência;
 - Ocorrência durante o período fértil¹;
 - Função erétil.
 - 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 afetarem a relação do casal, estão frequentemente relacionadas com diminuição da libido, das relações sexuais e com a disfunção erétil. Podem inclusive contribuir para o problema de infertilidade, embora seja incorreto relacionar a infertilidade apenas com o stress.

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.

d) Antecedentes Familiares

A consanguinidade dos progenitores da mulher deve levar a uma investigação do Fator Ovulatório (através da contagem de folículos antrais e Hormona Anti-Mulleriana), mesmo na presença de ciclos regulares.

e) Hábitos

1. 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 – ≤ 1 2 na mulher e ≤ 3-4 no homem

- 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 espermatozoides e dos ovócitos.

Deve ser oferecido suporte clínico para a cessação tabágica.

2. 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

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.)

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

f) 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 antineoplásicos (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

g) 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 atual)
- 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, infeção 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;
 - Imunossuppressores interferem na capacidade de conceção;
 - Fármacos citotóxicos podem induzir falência ovárica;
 - Exposição a quimio ou radioterapia pode interferir na capacidade reprodutiva por mecanismos diversos.

h) Avaliação complementar no homem

- Nas doenças crónicas, designadamente diabetes e hipertensão deve ter-se especial atenção à medicação:
 - Bloqueadores dos canais de cálcio podem prejudicar a capacidade fecundante dos espermatozoides;
 - β -bloqueantes, ansiolíticos e antidepressivos diminuem a função erétil.
- Desenvolvimento pubertário, caracteres sexuais secundários, presença de testículos nas bolsas, existência de varicocele;
- História de infeção 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 esperma;

- Exposição a quimio ou radioterapia pode interferir na capacidade reprodutiva por mecanismos diversos.

i) Investigação / exames complementares

Decorrido pelo menos um ano nas mulheres com menos de 35 anos, e de 6 meses nas mulheres de idade igual ou superior a 35 anos, de relações sexuais regulares sem contraceção e não sendo possível identificar o fator 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 infeções 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).

Em caso de necessidade de envio de beneficiários PMA ao Centro, devem ir todos munidos das análises obrigatórias pelo CNPMA (Ag HBS, Ac Anti HBc, VDRL, HIV1/2, HCV e HTLV 1/2, este último só nos casos de beneficiários que sejam provenientes de regiões com prevalência elevada de HTLV 1 e 2 ou em que os parceiros sexuais ou os pais sejam originários dessas regiões

Foi publicada pela OMS, em 2010, uma nova classificação de espermograma normal⁴

MULHER	HOMEM
<p>Registo da temperatura basal⁵</p> <p>FSH, LH⁶ e estradiol⁷ séricos na 1ª fase do ciclo</p> <p>Progesterona sérica⁸</p> <p>Prolactina sérica⁹</p> <p>Ecotomografia pélvica com sonda vaginal</p> <p>Outros exames¹⁰</p>	<p>Espermograma⁴</p>

⁴ Estuda as características de visualização direta 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 $\geq 1,5$ ml e pH ≥ 7.2
 Concentração $\geq 15 \times 10^6$ /ml
 Contagem total ≥ 40 milhões no ejaculado
 Mobilidade progressiva $\geq 32\%$
 Vitalidade $\geq 58\%$ vivos
 Morfologia normal $\geq 4\%$
 Leucócitos $< 1 \times 10^6$ /ml
 Teste MAR $< 50\%$ móveis

⁵ 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

⁶ A colheita de sangue para avaliar FSH e LH deve ser efetuada 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)

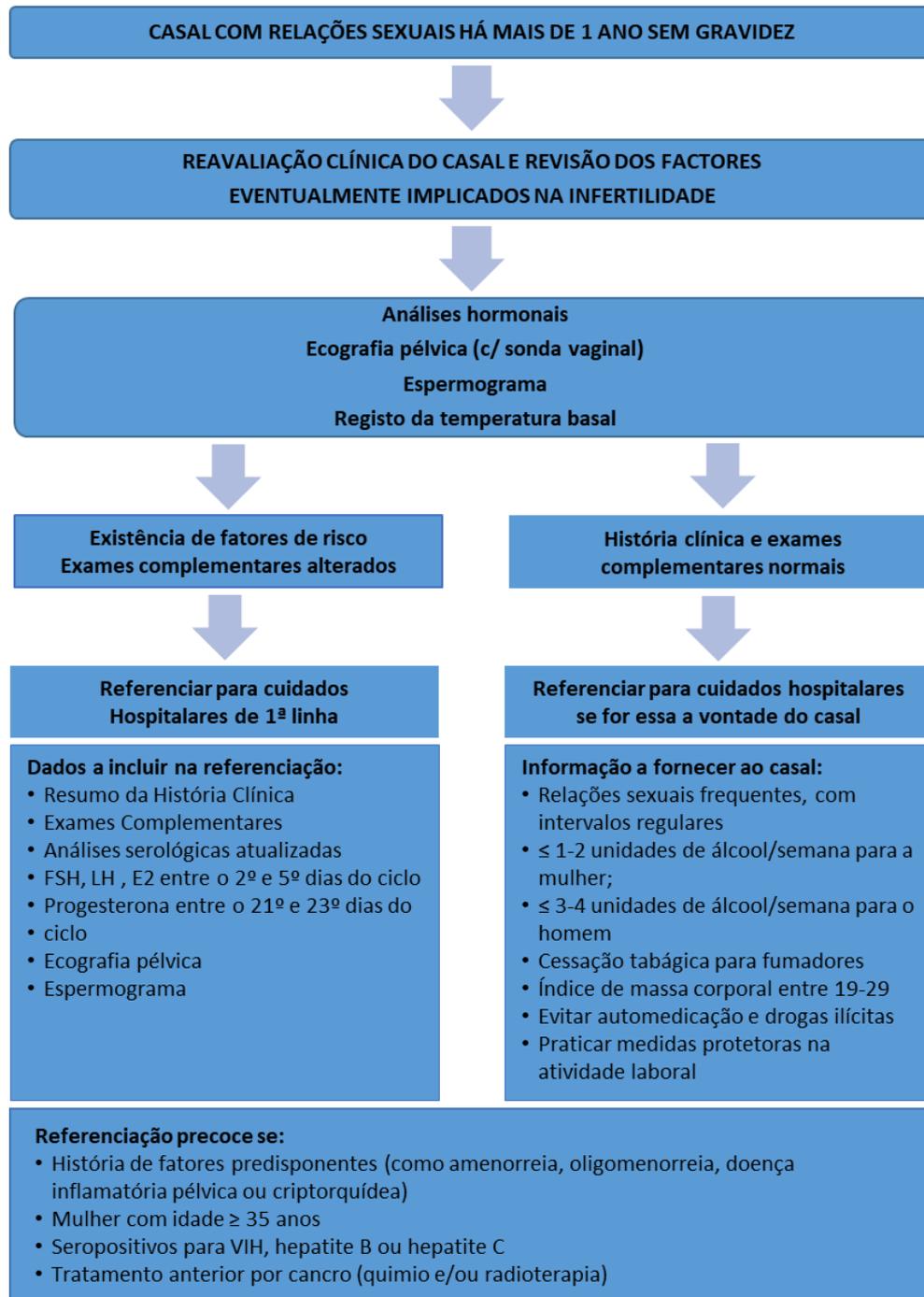
⁷ O doseamento sérico do estradiol, na primeira fase do ciclo, fornece indicações sobre a resposta ovárica

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 Se suspeita clínica

¹⁰ Se suspeita clínica

Fluxograma das USI



3.1.2. Cuidados hospitalares de 1ª linha - Hospitais EPER do Serviço Regional de Saúde

Aos hospitais, EPER do SRS cabem as seguintes atribuições, no âmbito dos cuidados de saúde na infertilidade:

a) Consulta de infertilidade

Nesta consulta, a avaliação deve ser feita ao casal, uma vez que ambos são parte fundamental do processo de diagnóstico e terapêutica.

- **Informação**

A informação médica a disponibilizar deve ser:

- De fácil compreensão e baseada na evidência;
- Sempre que possível, complementada com documentação escrita ou até audiovisual;
- Suscetível de harmonizar-se com dados informativos sobre outras alternativas, como a adoção;
- De preferência, complementada com uma lista de contactos de grupos de apoio a casais inférteis.

Considera-se importante, no contexto da consulta, fornecer também aos casais outra informação, sendo de destacar a seguinte:

Estilos de vida saudáveis

- Evitar o consumo excessivo de álcool e café e, principalmente tabaco e as drogas que podem dificultar as hipóteses de ocorrência de gravidez;

-
- Manter ou atingir um índice de massa corporal adequado (IMC > 19 e < 29) aumenta as probabilidades de uma gravidez evolutiva;
 - Diminuir os níveis de stress pode melhorar o relacionamento do casal, levar a um aumento da libido e da frequência das relações sexuais.

Vida sexual

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

Medicamentos

Alguns medicamentos interferem com a fertilidade dos elementos do casal.

Outros

Está descrita a associação entre a temperatura escrotal elevada e a redução da qualidade do esperma. Podem ser eventualmente prejudiciais: a utilização de roupa muito apertada, de computadores portáteis no colo, ou a prática excessiva de bicicleta e desportos relacionados.

b) Investigação

A anamnese é essencial, sendo importante incluir a explicitação dos estilos de vida e história sexual. Os dados obtidos constituem um suporte indispensável para a orientação dos exames complementares a efetuar.

No quadro de uma Consulta Hospitalar de Infertilidade um casal sem avaliação clínica prévia tem toda a indicação para efetuar um conjunto de exames iniciais, em que se

inclui a avaliação da ovulação, das características do esperma, da permeabilidade das trompas e da normalidade do útero.

Embora o mencionado no parágrafo anterior, sublinha-se a orientação de que deverá haver a referenciação das USI para os hospitais.

Nas USI das ilhas em que para fazer um espermograma e estudo da permeabilidade tubária é necessário o envio do casal a outra ilha, deverá ser ponderado o contato direto com o Centro PMA no sentido de efetuar, num máximo de tempo de deslocação de 48 horas, a consulta de referência, o espermograma e a HSSG, voltando os beneficiários à ilha de origem já com um plano de tratamento, obviando enormes gastos diretos e indiretos.

Sempre que elementos da anamnese ou da observação o imponham, a investigação etiológica será orientada, individualmente.

Não obstante o elenco de exames complementares de diagnóstico que infra se descrevem, ressalva-se que os mesmos poderão não estar disponíveis, em parte ou no todo, nos hospitais, EPER do SRS pelo que, ao nível de cada hospital deve ser verificada a capacidade instalada e proceder-se à articulação entre os 3 hospitais, atendendo à complementaridade prevista no n.º1 do artigo 8º-B do Decreto Legislativo Regional n.º1/2010/A, de 4 de janeiro, sem prejuízo do referido acima.

c) Avaliação da ovulação

- Dever-se-á ter sempre conta que uma mulher com ciclos regulares e tensão mamária na altura da menstruação tem grande probabilidade de ter ciclos ovulatórios, com um valor preditivo positivo que pode ultrapassar o uso da progesterona sérica.
- **Progesterona sérica** – A avaliação da progesterona sérica constitui um método objetivo 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).

- **Ecografia transvaginal seriada** – Torna possível observar o desenvolvimento folicular, o colapso do folículo ovulatório e o aparecimento de líquido no fundo de saco posterior.
- **Avaliação da LH (testes para prever a ovulação)** – A previsão da ovulação por este meio poderá ser útil em contexto de relações sexuais programadas. Contudo, é importante avaliar cada situação individualmente antes de se recomendar ou não a sua utilização, dado que os kits comerciais existentes têm fiabilidade variável e a programação das relações sexuais pode ser indutora de ansiedade.

d) Espermograma

O espermograma deverá ser realizado com base nas orientações mais recentes da OMS (2021 – 6ª Edition *WHO Laboratory manual for examination and processing of human semen*) cujos valores de referência¹¹ são os seguintes:

Volume	≥ 1,5 ml
PH	PH ≥ 7,2
Concentração	≥ 15x10⁶/ml
Contagem total	≥ 40 milhões no ejaculado
Mobilidade progressiva	≥ 32%

¹¹ World Health Organization (2021). *WHO Laboratory Manual for the Examination of Human Semen*. 6ª Edition. Acedido a 01 de abril de 2022 em <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1358672/retrieve>

Morfologia normal	≥ 4%
Vitalidade	≥ 58% vivos
Leucócitos	< 1x10⁶/ml
Teste MAR	< 50% móveis com partículas aderentes

(A mobilidade progressiva é, novamente, dividida em progressivos rápidos e progressivos lentos).

Está recomendada abstinência sexual de 2 a 5 dias, antes da data da colheita do esperma.

Se for detetada uma azoospermia ou oligozoospermia grave, o exame deve ser repetido.

Caso o resultado mostre desvio da normalidade o exame deverá ser repetido 2 a 3 meses depois (de modo a permitir que o ciclo de formação dos espermatozoides seja completo).

A determinação de anticorpos anti espermatozoides não deve, atualmente, ser requerida, uma vez que não há evidência de tratamento eficaz para a situação.

Homens com oligo e/ou asteno e/ou teratospermia grave deverão excluir infeção por espermocultura. O envio a especialista de Andrologia/Urologia deve ter em consideração as limitações, em cada altura, desta especialidade na RAA, a posição mundial de muitos autores que defendem que, para abordar e tratar estes doentes, é suficiente o espermograma e eventual punção testicular em Centro de PMA, e ainda que deve ser dada prioridade, naquela área médico-cirúrgica (Urologia), aos doentes com patologias que implicam exclusão de doença oncológica.

Sem prejuízo do referido acima, importa que ao nível dos hospitais, EPER da RAA, e considerando a complementaridade já referida na presente circular, verifique-se a

articulação, de modo a que, em caso de necessidade de consulta de urologia específica, se promova a prestação adequada e atempada da mesma.

e) Avaliação uterina

A avaliação da morfologia da cavidade uterina é de grande importância na investigação sobre a infertilidade do casal, revelando-se indispensável como medida prévia à aplicação das técnicas de PMA.

Ecografia ginecológica transvaginal – A utilização deste exame tem vindo a ganhar primazia na avaliação da cavidade uterina e anexos. Na fase folicular tardia é extremamente útil para eventual deteção de patologia intracavitária.

Histeroscopia – Continua a ser o exame definitivo na identificação de patologia intracavitária. Tem indicação formal quando outros exames sugerem a presença desse tipo de patologia, mas existem centros que a utilizam como avaliação inicial da cavidade uterina ou nas situações de falha múltipla de implantação.

Histerossonografia – Este exame é utilizado para estudo da cavidade uterina nos Centros de PMA.

Ressonância Magnética – Exame a realizar quando há suspeita de anomalias *müllerianas* complexas.

f) Avaliação tubária

Histerossalpingografia (HSG) – É o exame mais frequentemente usado na avaliação das trompas. Deve ser realizado na fase proliferativa do ciclo menstrual. Fornece informações sobre a permeabilidade tubária e eventuais malformações uterinas.

Na presença ou suspeita de hidrossalpinge detetada em ecografia prévia, deve ser realizada antibioterapia profiláctica antes da HSG.

Histerosonossalpingografia (HSSG) – Exame a efetuar em substituição do anterior em centros. PMA. Por ser mais económico, menos cruento e não consumir recursos hospitalares de imagiologia com ocupação de salas que podem ser usadas para outros exames, deve-se sempre ter em conta dar prioridade à HSSG *versus* HSG.

Laparoscopia com cromotubação – O recurso a esta técnica circunscreve-se às situações de alto risco de patologia tubária ou aos casos de suspeita de patologia tubária indiciada por histerossalpingografia.

Dado o seu carácter invasivo, deve ser reservada para situações específicas.

g) Avaliação da reserva ovárica

A FSH sérica e o número de folículos antrais avaliados por ecografia transvaginal são os testes mais frequentemente usados. Um nível elevado de FSH ao 2º, 3º ou 4º dia do ciclo pode significar uma diminuição da fertilidade e sugerir uma pior resposta aos tratamentos.

O número de folículos antrais correlaciona-se com o de ovócitos obtido na FIV e com a taxa de sucesso desta.

No entanto, a verdadeira reserva ovárica só pode ser determinada após um ciclo de estimulação ovárica uma vez que os testes existentes têm sensibilidade e especificidade limitadas na previsão da fertilidade.

Outros testes, como a avaliação sérica da hormona *antimülleriana* e da Inibina B não são ainda usados na rotina clínica.

Estes testes apenas têm validade clínica no âmbito das técnicas de PMA.

h) Outros exames complementares de diagnóstico



Teste de Huhner (pós-coital) – Este exame fornece informações sobre a qualidade e quantidade do muco cervical, as interações esperma/ /muco e a presença de anticorpos anti esperma. Embora possa ser de alguma utilidade clínica em certos casos de infertilidade sem causas identificadas, é um teste com grande variabilidade intra e inter observador e o seu uso por rotina não é recomendado.

Avaliação da função tiroideia e da prolactina sérica – Não devem ser realizadas por rotina, mas apenas quando há suspeita clínica.

Biópsia do endométrio – Este exame não está recomendado para avaliar a fase lútea, pois não é fiável e reveste-se de pouco interesse prático. No entanto, a prevalência elevada de tuberculose no nosso país, pode aconselhar que se considere a possibilidade de endometrite específica em pacientes com obstrução tubária bilateral.

Estudo das trombofilias – Dado que é cada vez mais evidente a relação entre infertilidade e trombofilias, este tipo de estudo pode ser realizado nos casos de infertilidade secundária com abortos de repetição e eventualmente em situações de falhas múltiplas de implantação.

Cariótipo – Teste a ser realizado, sempre que houver antecedentes de:

- Abortos de repetição
- Falência ovárica prematura
- Azoospermia não obstrutiva ou oligozoospermia grave (<1 milhão de Spz/ml)

Pesquisa das microdeleções em AZF do cromossoma Y – Deve ser feita em situações de azoospermia não obstrutiva ou oligozoospermia grave.

Rastreio para a presença de mutações no gene regulador transmembranário da Fibrose Quística – Procedimento aconselhável em casos de ausência bilateral congénita dos canais deferentes.

i) Condutas terapêuticas

Completada a investigação, o casal deve ser informado da probabilidade de uma gravidez espontânea e de cada uma das alternativas terapêuticas disponíveis.

O tratamento da infertilidade deve basear-se na melhor evidência clínica. Só devem ser propostas terapêuticas com significativa probabilidade de diminuir o tempo de conceção se a ansiedade/idade do casal assim o aconselhar, comparativamente com a atitude expectante.

Nesta fase, no caso de verificar-se a possibilidade de PMA, deve ser proposto ao casal tal situação.

No caso de aceitação, deve o hospital, EPER em causa proceder à referenciação para a(s) entidade(s) convencionada(s).

3.1.3. Cuidados hospitalares de 2ª linha - Entidades convencionadas para a prestação de cuidados de saúde ao SRS na área da procriação medicamente assistida

Às entidades convencionadas para a prestação de cuidados de saúde ao SRS na área da procriação medicamente assistida cabe a abordagem e tratamento dos beneficiários, de acordo com o requisitado por cada Hospital/USI.

A presente circular foi validada pela Seção Regional da Ordem dos Médicos da RAA
Esta circular entra em vigor na presente data.

O Diretor Regional

