

Página de Título

A infertilidade em Medicina Geral e Familiar

A abordagem e o seguimento do casal

Verónica Botelho Guiomar

Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

Endereço para correspondência:

E-mail: veronica.guiomar@gmail.com

Tabela de Conteúdos

Resumo.....	4
Abstract	5
Introdução.....	6
Métodos.....	8
Caso Clínico	11
Descrição do Caso Clínico	11
Métodos de Avaliação Familiar.....	18
Métodos de Anotação	23
Revisão Teórica.....	27
Epidemiologia.....	27
Contexto legal em Portugal	28
Abordagem do casal infértil em Medicina Geral e Familiar	29
Diagnóstico	29
Causas e Fatores de Risco.....	31
Investigação inicial do casal	37
Exames complementares.....	41
Referenciação.....	44
Abordagem terapêutica.....	47
Seguimento do casal infértil	56
Resultados	62

Discussão.....	65
Agradecimentos.....	68
Referências Bibliográficas	69
Normas Editoriais.....	78
Anexos.....	82
Anexo I	82
Anexo II.....	84
Anexo III.....	86
Anexo IV	87
Anexo V.....	88
Anexo VI	89
Anexo VII.....	90
Anexo VIII.....	92

Resumo

Introdução: A infertilidade é um problema de saúde com grande impacto biopsicossocial. O médico de família é o profissional de saúde mais próximo do casal infértil, estando numa posição privilegiada para dar início à abordagem da infertilidade.

Métodos: Com base na apresentação de um caso clínico, o objetivo deste artigo é apresentar uma revisão teórica da problemática da infertilidade sob o ponto de vista da Medicina Geral e Familiar. São abordados o diagnóstico, a investigação etiológica, as alternativas terapêuticas e a importância do seguimento do casal ao longo de todo o processo.

Resultados: A infertilidade ronda os 14% na Europa, afetando um em cada sete casais. Em Portugal cerca de 8,9% das mulheres entre os 25 e os 44 anos foram diagnosticadas como inférteis. Apesar de apenas 26% dos casais inférteis portugueses recorrerem ao médico de família, este clínico diagnostica e investiga fatores de risco reprodutivo e causas de infertilidade. O tratamento de algumas situações pode estar ao alcance da Medicina Geral e Familiar e quando tal não se verifica é da sua competência referenciar o casal. Para além disso, deve caber a este clínico a orientação do casal durante todo o processo.

Conclusões: De forma a incrementar o papel deste clínico, é necessário incentivar o uso das linhas de orientação existentes e apostar em formação diferenciada para que os médicos de família se sintam mais confiantes na abordagem do casal infértil.

Palavras-chave: infertilidade, médico de família, diagnóstico, tratamento, seguimento do casal.

Abstract

Background: Infertility is a health problem with great biopsychosocial impact. General practitioners are the health professionals closest to the infertile couple, being in a privileged position to start the investigation of infertility.

Methods: Based on the presentation of a case, the objective of this paper is to present a bibliographical review about infertility, according to general practitioner's approach. We address the diagnosis, etiology research, treatments and the importance of the following the infertile couple through the process.

Results: In Europe, infertility is around 14%, affecting one in seven couples. In Portugal, about 8.9% of women between 25 and 44 years were diagnosed as infertile. Although only 26% of Portuguese infertile couples resort to general practitioners, this clinician is able to diagnose and investigate reproductive risk factors and causes of infertility. Treatment of some situations can be within reach of General Practice and when such is not the case is his competence to refer the couple. Furthermore, general practitioner is able to do couple's follow-up throughout the process.

Conclusions: In order to enhance the role of the clinician, it is necessary to encourage the use of existing guidelines and invest on differentiated training in order to the general practitioner feel more confident in the approach of the infertile couple.

Keywords: infertility, general practitioner/ family physician, diagnostic, treatment, follow-up of the couple.

Introdução

A infertilidade está definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “uma doença do sistema reprodutivo traduzida pela incapacidade de obter gravidez após 12 meses ou mais de relações sexuais regulares e sem uso de contraceção” (Zegers-Hochschild *et al.*, 2009; DGS, 2011). Em Portugal cerca de 8,9 % das mulheres entre os 25 e os 44 anos foram diagnosticadas como inférteis num dado momento das suas vidas (DGS, 2011). Nos países europeus a infertilidade ronda os 14%, afetando um em cada sete casais (Souter *et al.*, 1997; Stanford *et al.*, 2008; NICE, 2012). Há cerca de 70 milhões de casais inférteis a nível mundial, com particular impacto e dimensão nos países em desenvolvimento (Ombelet *et al.*, 2008; Sharma *et al.*, 2009).

A abordagem inicial da infertilidade deve ser realizada nos cuidados primários e sempre aos dois elementos do casal (DGS, 2011; NICE, 2012). O médico de família deve iniciar a investigação por história clínica bem orientada e elaborada, cobrindo exaustivamente todos os aspetos importantes de forma a despistar qualquer causa. Dos aspetos a investigar salientam-se: a história reprodutiva, a conduta sexual, os hábitos e o risco ocupacional. Esta informação será complementada pela observação clínica e por exames complementares apropriados a cada caso. Os exames complementares de primeira linha englobam: o espermograma ao homem e o registo da temperatura basal, a medição dos níveis séricos de progesterona, a medição do estradiol, da hormona luteinizante (LH) e da hormona folicular estimulante (FSH) na primeira fase do ciclo e a ecotomografia pélvica com sonda vaginal à mulher (DGS, 2011).

A Medicina Geral e Familiar é um pilar fundamental no esclarecimento e acompanhamento do casal ao longo de todo o processo de investigação e tratamento da infertilidade (Whitman-Elia and Baxley, 2001; Wilkes *et al.*, 2007). Ao fornecer apoio, o médico de família não tem qualquer intuito de decidir pelo casal, mas apenas mostrar o que

cada um dos elementos tem ao seu alcance para lidar da melhor forma possível com o diagnóstico de infertilidade (Bagshawe and Taylor, 2003).

Esta revisão teórica tem o intuito de compilar a informação existente na literatura acerca da infertilidade sob o ponto de vista da abordagem nos cuidados primários. Mais do que isso, pretende evidenciar que, sendo o médico de família um profissional polifacetado, estão ao seu alcance a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e o seguimento dos casos de infertilidade.

O caso clínico apresentado surge como uma oportunidade de demonstrar que é perfeitamente exequível numa primeira fase a abordagem da infertilidade pela Medicina Geral e Familiar. Começando pela história clínica do casal, apresentam-se os métodos de avaliação familiar, os métodos de anotação, os meios de diagnóstico solicitados pelo médico de família para fazer a investigação do casal e os critérios de referenciação evidenciando, assim, as orientações da Direção Geral de Saúde (DGS) no que concerne à prestação de cuidados em infertilidade.

Métodos

A revisão da literatura aqui apresentada contempla informação contida em artigos científicos e artigos de revisão adquiridos por consulta da MEDLINE com a interface de pesquisa PubMed. A pesquisa engloba artigos publicados entre 1976 e 2012 com os seguintes termos de pesquisa: “infertility”, “fertility”, “the experience of infertility”, “unexplained infertility”, “causes of infertility”, “female infertility”, “male infertility”, “primary care approach to infertility”, “management of infertility”, “investigation of the infertile couple”, “infertility and general practitioner”, “inicial care of infertility”, “ART (assisted reproductive technology)”, “IVF (in vitro fertilization)”, “ethical, legal and social issues of infertility”, “ethical, legal and social issues of ART”, “counselling in infertility”, “coping with infertility”, “infertility and quality of life”, “psychological implications of infertility”.

A seleção final dos artigos baseou-se, essencialmente, no seu contributo para o conhecimento atual sobre o assunto e na sua data de publicação, tentando sempre obter informação o mais recente possível, de preferência referente aos últimos 5 anos. Em alguns dos temas revistos foi pertinente englobar estudos menos recentes para perceber a evolução da temática ao longo dos anos.

A revisão foi enriquecida com dados das orientações da Direção Geral de Saúde (DGS), dos comunicados e dos relatórios de atividade do Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA), das publicações do National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), das publicações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da legislação portuguesa sobre a procriação medicamente assistida.

Alguns aspetos da revisão têm como suporte manuais sobre a temática da família ou da infertilidade. Foram consultadas algumas páginas da internet de associações, diretamente, relacionadas com o assunto como a da Associação Portuguesa de Fertilidade.

Lista de Siglas:

ACO - anticoncepcional oral

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

ART - assisted reproductive technology

BOM - Billings Ovulation Method

CMV - citomegalovírus

CNPMA - Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida

CrMS - Creighton Model FertilityCare System

DGS - Direção Geral de Saúde

GIFT - transferência intratubária de gâmetas

DIP - doença inflamatória pélvica

ESHHER - European Society of Human Reproduction and Embryology

FIV - fertilização *in vitro*

FSH - hormona folicular estimulante

HIV - vírus da imunodeficiência adquirida

HPV - papiloma vírus humano

ICMART - Comissão Internacional para a Monitorização da Reprodução Medicamente Assistida

ICSI - injeção intracitoplasmática de espermatozoides

IUI - inseminação intrauterina

IMA - índice maço ano

IMC - índice de massa corporal

IVF - in vitro fertilization

LH - hormona luteinizante

NICE - National Institute for Health and Clinical Excellence

NPT - tecnologia procriativa natural

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNV - Plano Nacional de Vacinação

WONCA - World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations
of General Practitioners/Family Physicians

ZIFT - transferência intratubária de zigotos

Caso Clínico

A descrição do caso clínico apresentado foi realizada segundo as normas de apresentação de casos clínicos em Medicina Geral e Familiar. A anotação clínica segue o método de anotação de Weed.

Como métodos de avaliação familiar foram aplicados o genograma, a psicofigura de Mitchell, o Ciclo de Vida de Duvall, a escala de Apgar Familiar de Smilkstein, a Escala de Notação Social das Famílias (Graffar Adaptada), o ecomapa e o círculo de Thrower dado serem ferramentas bastante úteis na análise e no seguimento familiar.

Descrição do Caso Clínico

A. Identificação do Agregado Familiar

Cônjuge 1

- Nome: M. J. A. M. B.
- Idade: 41 anos
- Sexo: feminino
- Raça: caucasiana
- Naturalidade: Ponta Delgada
- Residência: Ponta Delgada
- Estado Civil: casada
- Religião: católica
- Nível de instrução: licenciada em comunicação social e cultura
- Profissão: técnica superior da função pública

Cônjuge 2

- Nome: J. M. S. B.
- Idade: 42 anos
- Sexo: masculino
- Raça: caucasiana
- Naturalidade: Ponta Delgada
- Residência: Ponta Delgada
- Estado Civil: casado
- Religião: católica
- Nível de instrução: 9º ano de escolaridade
- Profissão: encarregado de construção civil

B. Antecedentes Pessoais do Cônjuge 1

B1. Antecedentes Fisiológicos

Hábitos Alimentares

Faz três refeições diárias (pequeno almoço, almoço e jantar). Pratica uma alimentação variada, alternando frequentemente carne e peixe. Consome diariamente leite e derivados, frutas e vegetais. Refere ter por hábito beber pouca água, entre 0,5 e 1L por dia. Sem qualquer tipo de restrição alimentar de imposição médica.

Hábitos Desportivos ou de Atividade Física

Não pratica qualquer tipo de atividade física.

Hábitos Etílicos

Nega hábitos etílicos diários, afirmando que bebe apenas em ocasiões sociais, preferencialmente, vinho tinto acompanhando a refeição.

Hábitos Tabágicos e Toxicómanos

É fumadora desde 1992, consumindo cerca de 2/3 de maço por dia, ou seja, tem um índice maço ano (IMA) de aproximadamente 13.3. Nega abuso de qualquer outro tipo de substância.

Hábitos Medicamentosos

Não está medicada de forma regular ou crónica.

Calendário Vacinal

Plano de vacinação cumprido de acordo com o Plano Nacional de Vacinação (PNV).

B2. História Ginecológica e Obstétrica

- Menarca: aos 12 anos de forma espontânea e acompanhada por desenvolvimento pubertário normal.
- Tipo menstrual: cataménios de sete dias com fluxo abundante. Nos dois primeiros anos em que menstruou era irregular, pelo que foi aconselhada a tomar um anticoncecional oral (ACO) de modo a regularizar o ciclo. Desde então o seu ciclo apresenta-se regular, com interlúnios de 28 dias.
- Método contraceutivo: interrompeu o método (preservativo) há 14 meses para tentar engravidar.
- Gesta 0; Para 0
- Doenças sexualmente transmissíveis/ infeções geniturinárias: refere antecedentes de candidíase há alguns anos e apresenta leucorreia recorrente com início há bastantes anos (não sabe precisar uma data).
- Atividade sexual: nega antecedentes de dispaurenia, diminuição da líbido ou coitorragias. Mantém uma vida sexual ativa.
- A utente refere que não tem por hábito consultas de rotina e nunca realizou citologias ou ecografias.

B3. Antecedentes Patológicos

Doenças da Infância

Problemas orofaríngeos recorrentes durante a infância, mas não sabe precisar diagnósticos. Teve varicela e parotidite infecciosa, esta última por volta dos 8 anos de idade.

Alergias

Não tem conhecimento de ter qualquer tipo de alergia.

Doenças até à data

Teve hepatite A aos 3 ou 4 anos de idade. Há cerca de 3 anos, foi - lhe diagnosticado um fibroadenoma mamário na sequência de uma ecografia (faz uma ecografia anual desde os 35 anos, tendo em conta o forte padrão de patologia mamária maligna na sua família).

Intervenções Cirúrgicas Prévias

Nega qualquer tipo de intervenção cirúrgica, bem como acidentes ou transfusões.

Internamentos Prévios

Nunca esteve internada.

C. Antecedentes Familiares do Cônjuge 1

Pais

O pai, com 72 anos de idade, tem antecedentes de enfarte do miocárdio e diabetes mellitus. A mãe faleceu aos 34 anos de idade na sequência de um acidente de viação.

Irmãos

Tinha um irmão que faleceu, aos 9 anos de idade, na sequência do mesmo acidente rodoviário que vitimou a mãe, mas até então tinha sido uma criança saudável.

Filhos

Não tem filhos.

Doenças Genéticas ou de Tendência Familiar

Refere a presença de vários casos de patologia mamária na família, quer benigna quer maligna. A sua avó materna faleceu de cancro da mama, bem como uma tia-avó materna (aos 40 anos de idade). Há antecedentes de outras neoplasias na família: cancro do útero (uma tia-avó materna), cancro gástrico (avô paterno) e cancro oral (tia-avó materna).

Há história familiar de doenças do foro alérgico, particularmente asma (primo) e rinite (prima).

Existem na família três casos de morte neonatal, um deles associado a múltiplas deficiências do recém-nascido (o caso não foi devidamente estudado) e os restantes casos por problemas respiratórios e/ou síndrome febril. Estes recém-nascidos eram filhos de uma tia paterna. Uma das primas paternas teve dois abortos espontâneos, por volta dos 5 meses de gestação, associados a fetos com múltiplas deficiências.

D. Antecedentes Pessoais do Cônjuge 2

D1. Antecedentes Fisiológicos

Hábitos Alimentares

Faz três refeições diárias (pequeno almoço, almoço e jantar). Pratica uma alimentação variada, alternando frequentemente carne e peixe. Consome diariamente leite e derivados, frutas e vegetais. Refere ter por hábito beber pouca água, entre 0,5 e 1L por dia. Sem qualquer tipo de restrição alimentar de imposição médica.

Hábitos Desportivos ou de Atividade Física

Não pratica qualquer tipo de atividade física.

Hábitos Etílicos

Bebe diariamente cerca de 25 cl de vinho tinto ao jantar (o que equivale a 168 gramas de álcool por semana).

Hábitos Tabágicos e Toxicómanos

É fumador desde 1990, consumindo cerca de 1 de maço por dia, ou seja, tem um IMA de 20. Nega abuso de qualquer outro tipo de substância.

Hábitos Medicamentosos

Está medicado com um inibidor da bomba dos prótons há cerca de 14 anos por refluxo gastroesofágico (omeprazol).

Calendário Vacinal

Plano nacional de vacinação cumprido.

D2. Antecedentes Patológicos

Doenças da Infância

Varicela e sarampo, mas não sabe precisar com que idade.

Alergias

Não tem conhecimento de ter qualquer tipo de alergia.

Doenças até à data

Refere antecedentes de refluxo gastroesofágico, com 20 anos de evolução, que conduziu, mais recentemente, ao aparecimento de uma hérnia esofágica. Apresenta um desvio da coluna sagrada, diagnosticado há cerca de 10 anos. Há dois anos foi-lhe diagnosticada osteofitose na coluna cervical, no seguimento de uma cervicalgia com irradiação para o membro superior.

Intervenções Cirúrgicas Prévias

Fez uma apendicectomia aos 10 anos de idade. Nega acidentes ou transfusões.

Internamentos Prévios

Internado na sequência da apendicectomia.

E. Antecedentes Familiares do Cônjuge 2

Pais

O pai faleceu aos 84 anos de idade por paragem cardiorrespiratória na sequência de uma agudização de insuficiência cardíaca. O pai tinha antecedentes de diabetes mellitus 2 e neoplasia da próstata. A mãe tem 80 anos de idade e tem história de hipercolesterolemia e hipertensão arterial.

Irmãos

Tem três irmãs: com 50, 47 e 35 anos de idade. A irmã mais velha padece de osteoporose, psoríase, hipercolesterolemia e um mioma uterino. A irmã de 47 anos apresenta alguns problemas gastroesofágicos inespecíficos. A irmã mais nova tem rinite alérgica desde os 16 anos de idade.

Doenças Genéticas ou de Tendência Familiar

Refere a presença de várias situações de hipercolesterolemia na família: mãe, irmã, sobrinha, tias maternas e primos maternos. Há vários casos de diabetes mellitus entre os tios maternos e paternos, para além do pai. O mesmo acontece no caso da hipertensão arterial.

Há um caso de infertilidade na família (irmã mais nova com infertilidade inexplicada). Para além da neoplasia prostática do pai, há um caso de neoplasia gástrica (tio paterno) e cancro da mama (prima paterna).

F. Avaliação Socioeconómica

A Escala de Notação Social das Famílias (Graffar Adaptada) classifica esta família como classe média-alta (anexo I). Esta escala é particularmente importante neste caso, uma vez que a forma como as pessoas lidam com um problema de infertilidade está muito dependente do estatuto socioeconómico.

Os elementos do agregado familiar são utentes da Unidade de Saúde de Santo António (Centro de Saúde Ponta Delgada).

Métodos de Avaliação Familiar

Genograma e psicofigura de Mitchell

Algumas informações não constam no genograma, tal como algumas datas, uma vez que o casal não conseguiu precisar essas informações. Em anexo (anexo II) encontra-se uma versão amplificada do genograma da família B.

Família B.

16 de abril de 2012

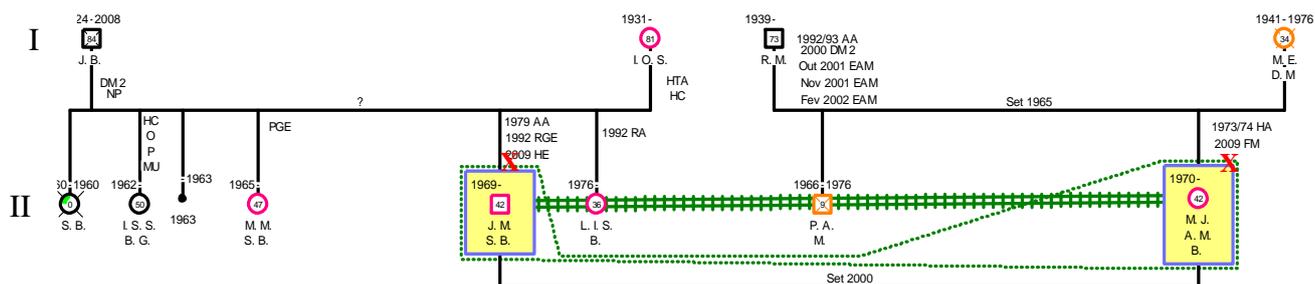


Figura I – Genograma e psicofigura de Mitchell da Família B.

Legenda:

- X fumador
- infertilidade
- morte neonatal
- faleceu num acidente de viação
- indivíduo em estudo
- relação boa/ harmoniosa

- AA - apendicite aguda
- DM 2 – diabetes mellitus tipo 2
- EAM – enfarte agudo do miocárdio
- FM – fibroadenoma mamário
- HA – hepatite A
- HC – hipercolesterolemia
- HTA – hipertensão arterial
- MU – mioma uterino
- NP – neoplasia da próstata
- O – osteoporose
- P – psoríase
- PGE – problemas gastroesofágicos
- RA – renite alérgica
- RGE – refluxo gastroesofágico

Análise do genograma

Da análise do genograma conclui-se que se trata de uma díade nuclear (Caniço *et al.*, 2010), ou seja, uma família em que existe uma relação conjugal sem filhos. Não há descendentes comuns nem de relações anteriores. Este tipo de família preocupa o clínico no que diz respeito à forma como cada um dos elementos lida com o facto de não ter filhos. Sendo importante investigar se há sentimentos de inconformismo, culpa, stress, ansiedade, depressão ou angústia.

Há dois falecimentos trágicos (acidente de viação) na família do elemento feminino do casal, sendo importante perceber se isso constitui uma motivação extra ou pelo contrário um impedimento à maternidade.

Existe um padrão de infertilidade horizontal, quer o elemento masculino do casal quer a sua irmã L. I. S. B. estão a passar pelo mesmo procedimento de investigação de infertilidade. Na família do elemento masculino há dois casos de morte neonatal, uma das quais inexplicada (I. S. B.) e um caso de aborto espontâneo, o que pode ser relevante no estudo das causas de infertilidade.

Nota-se uma forte componente de patologias e/ou fatores de risco cardiovasculares nos familiares de ambos os elementos do casal: casos de diabetes mellitus, enfarte do miocárdio e hipertensão arterial. Destaca-se a hipercolesterolemia com padrão vertical na família do elemento masculino. Os dois elementos são fumadores, o que pode ser importante ao analisar os fatores de risco reprodutivo do casal, para além de ser um hábito que deve ser erradicado para bem da saúde geral dos indivíduos.

Análise da psicofigura de Mitchell

A psicofigura de Mitchell apresentada relaciona o casal em estudo, relação que foi classificada pelos próprios como boa e harmoniosa. Com os restantes membros não há nenhuma situação de maior conflito ou alguma relação significativamente melhor, pelo que os

conjugês apenas classificaram a sua relação e no círculo de Thrower representaram as restantes relações (anexos V e VI).

Ciclo de Vida de Duvall

O Ciclo de Vida de Duvall é um meio de estudo de uma família nuclear, contudo, achei importante a sua aplicação nesta díade familiar. Uma vez que fornece uma visão antecipada de potenciais perturbações na família numa nova fase da vida ou o impacto da manutenção na mesma fase. Este agregado encontra-se na fase 1 do Ciclo de Vida de Duvall.

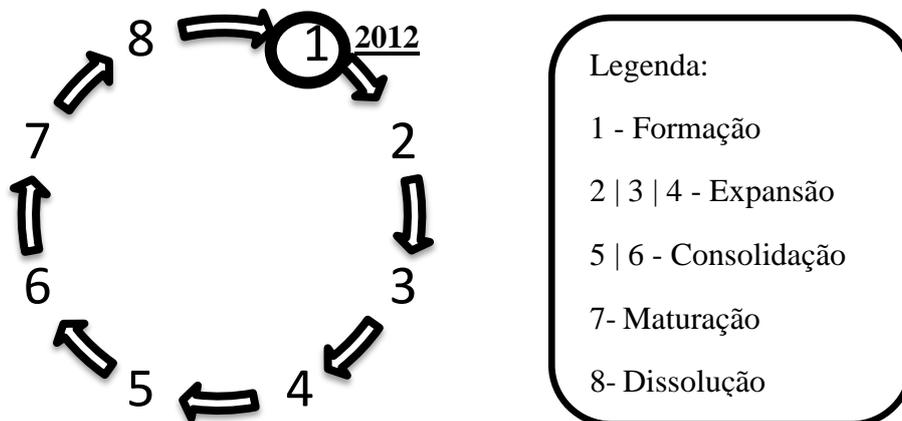


Figura II – Ciclo de Vida de Duvall da Família B.

Análise do ciclo de Duvall

Há que ter atenção às eventuais dificuldades deste casal que vive em díade familiar há 12 anos. O facto de não terem progredido no ciclo de vida desde a formação da família é sentido como um problema. O médico de família tem de perceber como cada um dos elementos gere o desejo e a ansiedade de passar à fase seguinte, à expansão familiar. O futuro desta família divide-se entre a possibilidade de permanecer definitivamente nesta fase ou a adaptação a uma nova realidade familiar. Qualquer uma destas situações implica o apoio por parte do médico de família.

Apgar Familiar de Smilkstein

No caso desta família a utilização deste método é particularmente vantajosa. A infertilidade é uma doença crónica e com grande impacto biopsicossocial, sendo extremamente importante avaliar a dinâmica e a funcionalidade familiar. Este método permite de algum modo saber se há partilha dos problemas e preocupações com o intuito de os resolver e ultrapassar em conjunto.

Análise do Apgar Familiar de Smilkstein

O Apgar Familiar foi passado em separado aos dois elementos da díade no mesmo dia (anexos III e IV). A sua análise vem corroborar o conhecimento do processo e a perceção da consulta, esta é uma família altamente funcional (10 de Apgar).

Ecomapa

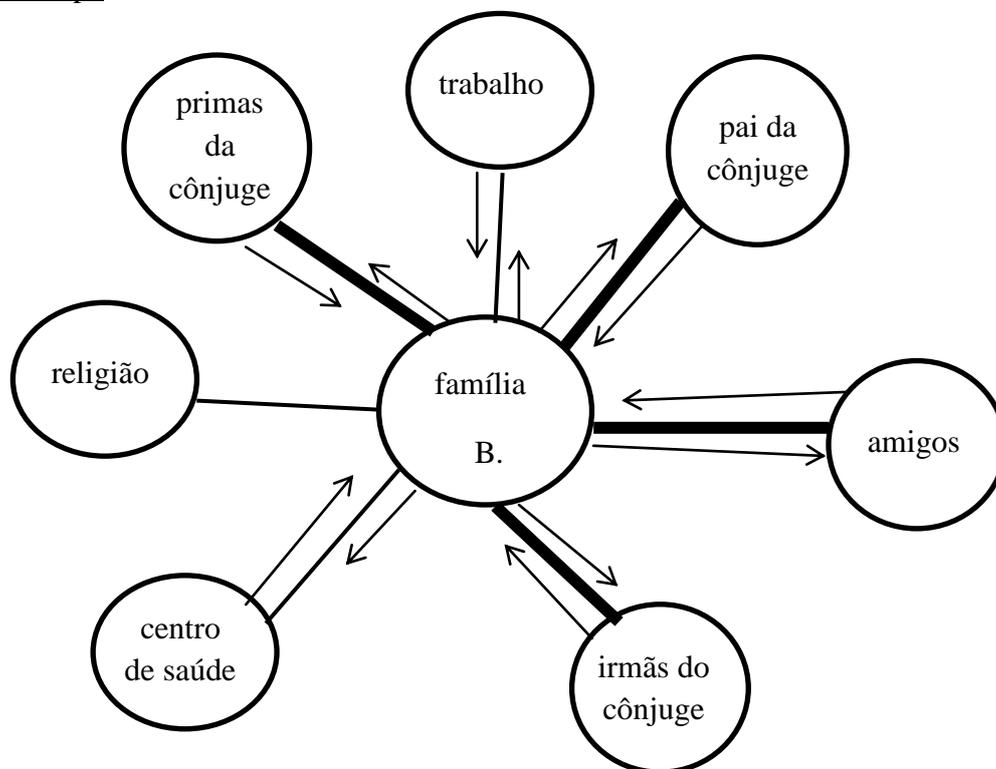


Figura III – Ecomapa da família B.

Análise do ecomapa

A partir da análise da figura III, percebe-se o forte apoio fornecido pelo pai da cónjuge, estabelecendo-se uma relação forte, compensadora e não stressante. A relação do casal com a religião é fraca, não causando impacto no suporte e energia familiar, mas não é conflituosa. A relação com o centro de saúde é fraca, mas compensadora. A relação com o trabalho é fraca, mas equilibrada, não causa stress mas também não é uma rede de apoio. Com as primas da cónjuge, as irmãs do cónjuge e os amigos o casal estabelece uma relação forte e equilibrada, sendo importantes fontes de apoio.

Círculo de Thrower

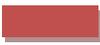
Com o círculo de Thrower de cada um dos elementos (anexos V e VI) torna-se evidente que o casal tem uma forte e extensa rede de apoio, formada pelos familiares de ambos os cónjuges. Não há qualquer referência a relações de conflito ou dependência. O casal vive de forma bastante independente dos outros elementos. Mas quando têm alguma situação que exija a ajuda de terceiros, têm um vasto número de pessoas a quem recorrer. Sentem-se à vontade para expor o seu problema em conceber com os vários elementos representados, mas referem que os principais apoios são as irmãs do cónjuge 2 e as primas do cónjuge 1. O casal não vivencia qualquer tipo de isolamento ou estigma social e a relação entre os dois mantém-se igual e sem sofrer qualquer alteração da qualidade de vida.

Métodos de Anotação

Lista de Problemas Ativos e Passivos da Família

<u>Ano</u>	<u>Problema Ativo</u>	<u>Ano</u>	<u>Problemas Passivos</u>
		1973/74	hepatite A
1976	morte da mãe e do irmão		
		1979	apendicite aguda/apendicectomia
		?	varicela
		?	sarampo
		?	varicela
		1978	parotidite infecciosa
1990	hábitos tabágicos		
1992	hábitos tabágicos		
1992	refluxo gastroesofágico		
2009	hérnia esofágica		
2009	fibroadenoma mamário		
2010	osteofitose da coluna cervical		
2012	infertilidade		

Tabela I – Lista de problemas da família B.

Legenda:	
M. J. A. M. B.	  J. M. S. B.
	 M. J. A. M. B. e J. M. S. B.

Consulta

Para cada uma das consultas do casal apresentam-se os registos S. O. A. P. de cada um dos elementos. Tratando-se de uma consulta conjugal há registos em comum. Para facilitar a exposição, a informação do plano fornecida em conjunto ao casal está destacada a azul e aparece apenas no S. O. A. P. do cônjuge 1.

1ª consulta (16/04/2012)

Cônjuge 1

S: Recorre à consulta devido à dificuldade em engravidar, apesar de relações sexuais desprotegidas e regulares.

O: Realizados exame geral sumário, exame mamário e exame pélvico não foram encontradas alterações da normalidade.

A: Idade avançada para reprodução.

Infertilidade?

Tabagismo.

P: Solicita-se que efetue registo da temperatura basal; medição dos níveis séricos da FSH, LH e estradiol na primeira fase do ciclo; medição da progesterona e da prolactina séricas e ecotomografia pélvica com sonda.

Solicita-se rastreio de infeções sexualmente transmissíveis por citologia cervivovaginal e colheita de sangue para *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* e papiloma vírus humano (HPV).

Aconselha-se a reduzir e, de preferência, parar de fumar e a adotar a prática de exercício físico. Aconselha-se prática de relações sexuais no período fértil da mulher (período compreendido entre os 5 dias anteriores à ovulação e o dia seguinte).

Disponibiliza-se aconselhamento sob as formas de informação oral e escrita sobre a infertilidade: as suas causas e fatores de risco; conduta de investigação etiológica; critérios de referenciação; hipóteses terapêuticas e alternativas como a adoção, a ausência de filhos e a doação de gâmetas e embriões; existência de grupos de apoio; possibilidade de acompanhamento por psicólogos.

Agenda-se nova consulta para analisar os resultados dos exames auxiliares de diagnóstico.

1ª consulta (16/04/2012)

Cônjuge 2

S: Recorre à consulta por dificuldade conjugal em engravidar.

O: Exame geral sumário e exame genital. Sem alterações da normalidade.

A: Infertilidade?

Tabagismo.

P: Requisita-se espermograma. Rastreio de infeções para *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* e *Escherichia coli* com colheita de sangue e urina.

2ª consulta (21/05/2012)

Cônjuge 1

S: Traz resultados dos exames solicitados na consulta anterior.

O: Medição dos níveis séricos da FSH, LH e estradiol na primeira fase do ciclo, progesterona e prolactina séricas normais. A ecotomografia pélvica com sonda vaginal não demonstrou irregularidades uterinas ou ováricas, mas não exclui patologia tubária. A medição da temperatura basal do primeiro mês não mostrou variações significativas ao longo do ciclo. Rastreio de infeções negativo.

A: Idade avançada para reprodução.

Infertilidade? Patologia tubária?

Tabagismo.

P: Referencia-se a consulta hospitalar de infertilidade para continuar o estudo.

Disponibiliza-se aconselhamento e esclarecimento de eventuais dúvidas e receios.

Informa-se do interesse em continuar a prestar apoio e a acompanhar a evolução do processo.

2ª consulta (21/05/2012)

Cônjuge 2

S: Traz resultados dos exames solicitados na consulta anterior.

O: Espermograma revela oligoastenospermia. Rastreio de infeções negativo.

A: Oligoastenospermia.

Tabagismo.

Infertilidade?

P: Referencia-se a consulta hospitalar por oligoastenospermia e infertilidade.

Revisão Teórica

Epidemiologia

Com o aumento das possibilidades de tratamento e com a procura crescente de ajuda por parte dos casais inférteis a comunidade científica demonstrou, nos últimos anos, maior interesse em conhecer a realidade epidemiológica da infertilidade (Münster and Schmidt, 1995). Não é fácil determinar a realidade estatística da infertilidade. Não só pelo uso de métodos de avaliação discordantes ou pela ausência de métodos, mas essencialmente pela heterogeneidade organizativa dos sistemas onde as populações se inserem. Para além disso, como a infertilidade não está associada a riscos de saúde imediatos, os dados existentes podem subestimar a realidade (Delgado, 2007; DGS, 2011). Outra questão a salientar é a discordância da definição da infertilidade entre estudos.

Segundo um estudo de 2009 sobre a realidade portuguesa, 8,9% das mulheres entre os 25 e os 69 anos e 7,9% das mulheres entre os 25 e os 44 anos tiveram um problema de infertilidade (Carvalho and Santos, 2009; DGS, 2011). Estima-se que em Portugal a incidência anual da infertilidade ronde os 10 mil casos (Delgado, 2007). Nos países europeus a infertilidade ronda os 14%, afetando um em cada sete casais (Souter *et al.*, 1997; Stanford *et al.*, 2008; NICE, 2012). É possível dividir os países europeus em dois grupos, os que têm prevalências de infertilidade abaixo dos 10% e os que têm prevalências acima desse valor. No primeiro grupo insere-se o este da Alemanha (5%), a Noruega (6,6%), o sul de Itália (8,8%), a Polónia (8,8%) e Portugal (8,9%). Já a Espanha (12%), a França (12,2%), a Finlândia (16%), a Dinamarca (16,8%), o Reino Unido (17,3%), o oeste da Alemanha (23,8%) e o norte de Itália (24,8%) apresentam valores superiores (Buckett *et al.*, 1997; Olsen *et al.*, 1998; Rostad *et al.*, 2006; Terävä *et al.*, 2008; Carvalho and Santos, 2009). Apesar da escassez de dados epidemiológicos concordantes, há no entanto um achado interessante. Inhorn descreveu o

“cinto da infertilidade” como a zona central do continente africano juntamente com a África do Sul, região na qual a prevalência da infertilidade assume valores tão elevados como 32% na Namíbia (Sharma *et al.*, 2009). A infertilidade afeta cerca de 70 milhões de casais a nível mundial com maior incidência nos países em desenvolvimento (Ombelet *et al.*, 2008).

Pode-se pensar em infertilidade como dois mundos distintos, as sociedades desenvolvidas e as sociedades em desenvolvimento. Nas sociedades em desenvolvimento o papel da mulher como mãe é uma prioridade e uma realidade incontornável. Nestas sociedades não ter filhos por opção é algo a que as mulheres não podem advogar. Por outro lado, as sociedades desenvolvidas aceitam relativamente bem o facto da mulher ou casal não ter filhos por vontade própria. A infertilidade pode então passar despercebida e ser entendida como a ausência do desejo da maternidade e/ou paternidade (Greil *et al.*, 2009; Sharma *et al.*, 2009).

Contexto legal em Portugal

A primeira vez que a legislação portuguesa contemplou a procriação medicamente assistida foi em 2006 ao aprovar a Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, que regula a utilização destas técnicas. Com esta legislação foi criado o Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA) que trata das questões éticas, legais e sociais da procriação médica. Deste então, importantes passos têm sido dados. Em 2008 o despacho n.º 14788/2008, de 6 maio do Ministério da Saúde criou o Projeto de Incentivos à procriação medicamente assistida. O principal objetivo deste despacho era aproximar Portugal da realidade europeia, favorecendo a acessibilidade e a equidade dos serviços de reprodução assistida a todos os cidadãos. Este despacho define a possibilidade de referenciar casais inférteis para centros privados com os quais e o Serviço Nacional de Saúde tem acordos pré-estabelecidos. No ano de 2009 ficou regulamentada a comparticipação de medicamentos

necessários ao tratamento da infertilidade, que mais recentemente foi revista na Portaria n.º 67/2011, de 4 de fevereiro do Ministério da Saúde.

De acordo com a atual legislação portuguesa, são beneficiários de financiamento público todos os casais, exceto os que já tenham mais de um filho em comum. Para aceder ao financiamento público apenas as mulheres com menos de 42 anos podem recorrer a procedimentos de procriação médica de 1ª linha (indução ovulatória e a inseminação intrauterina - IIU) e as com idade inferior a 40 anos aos tratamentos de 2ª linha (FIV - fertilização *in vitro* e ICSI - injeção intracitoplasmática de espermatozoides). Os procedimentos ao abrigo desta comparticipação são: a indução ovulatória, a IIU, a FIV e a ICSI. A IIU é financiada no máximo até três ciclos, já a FIV e a ICSI são financiadas apenas uma vez. Caso haja alguma intercorrência que cancele o procedimento, a técnica não será contabilizada ou faturada (Circular Normativa n.º 18/2011, de 22 de julho, da ACSS).

Abordagem do casal infértil em Medicina Geral e Familiar

Diagnóstico

A infertilidade foi definida em 1975 pela OMS como a “ausência de gravidez após dois anos de relações sexuais regulares e sem uso de contraceção”. Contudo, com a atualização do glossário da OMS, e em consenso com a Comissão Internacional para a Monitorização da Reprodução Medicamente Assistida (ICMART), a infertilidade é agora definida como uma “doença do sistema reprodutivo traduzida pela incapacidade de obter gravidez após 12 meses ou mais de relações sexuais regulares e sem uso de contraceção” (Zegers-Hochschild *et al.*, 2009; DGS, 2011). Desde 1985 Hull *et al.* sugeriram utilizar os 12 meses como barreira temporal para se definir a infertilidade (Münster and Schmidt, 1995).

A infertilidade pode ser classificada em dois tipos, primária e secundária. A infertilidade primária diz respeito a um casal que nunca concebeu enquanto que na infertilidade secundária o casal já concebeu pelo menos uma vez, nem que esta tenha terminado em aborto (Osman, 2011).

Quando um casal se dirige ao médico de família por dificuldades em procriar é necessário antes de mais determinar há quanto tempo o casal está efetivamente a tentar engravidar e em que condições. Podemos estar perante não uma infertilidade, mas uma diminuição no sucesso da conceção e neste caso subfertilidade. Esta hipótese coloca-se geralmente após 6 meses de dificuldade em conceber e não invalida que nos seis meses subsequentes o casal engravide (Gnoth *et al.*, 2005). Surge aqui a necessidade de esclarecer o termo esterilidade. Nesta definição inserem-se os casais com incapacidade absoluta e irreversível em procriar (Delgado, 2007).

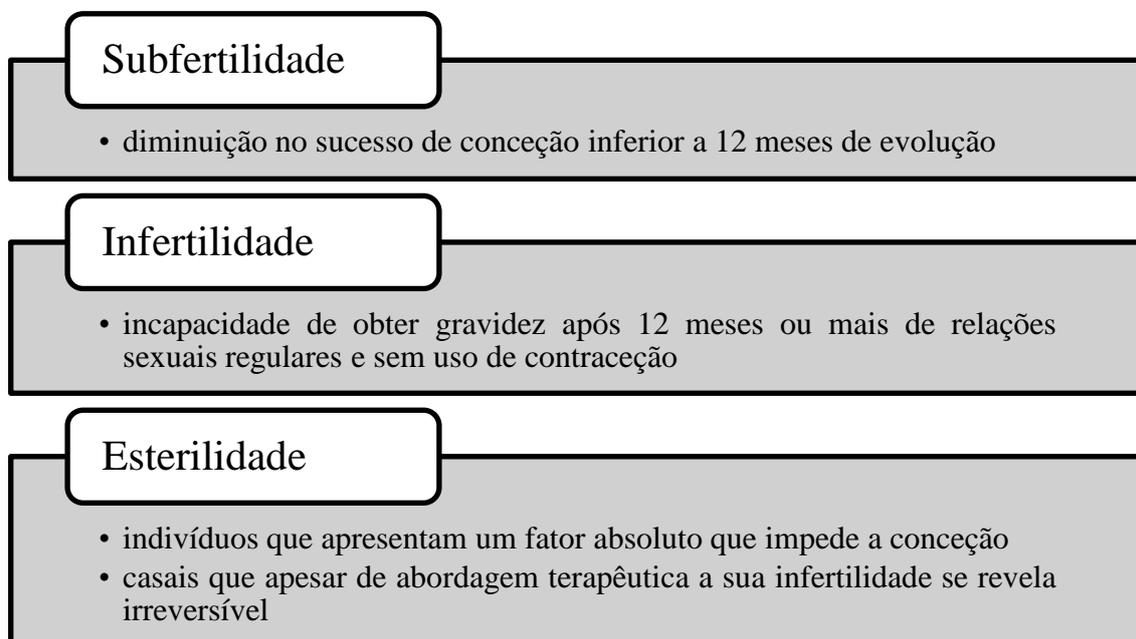


Figura IV – Definição de subfertilidade, infertilidade e esterilidade.

Causas e Fatores de Risco

As frequências relativas dos fatores que determinam a infertilidade existentes na literatura diferem consoante o estudo, mas pode-se aceitar que 20% a 30% dos casos de infertilidade tem uma etiologia mista. Em pelo menos 35% a 40% dos casos a causa é masculina e as causas femininas são responsáveis por 40% dos casos (Whitman-Elia and Baxley, 2001; Adamson *et al.*, 2001; Delgado, 2007; DGS, 2011). A infertilidade inexplicada diz respeito aos casos em que a causa continua desconhecida, apesar de uma avaliação exaustiva. Estima-se que este tipo de infertilidade corresponda entre 10% a 15% do total dos de casos (Whitman-Elia and Baxley, 2001; Adamson *et al.*, 2001).

A infertilidade feminina (tabela II) pode ser causada por um problema anatómico ou funcional com sede no hipotálamo, hipófise, ovários, trompas de Falópio, útero, colo do útero ou vagina. As causas da infertilidade feminina podem ser classificadas em: endócrinas, imunológicas, vaginais, cervicais, uterinas, tubárias e/ou pélvicas (Whitman-Elia and Baxley, 2001; Adamson *et al.*, 2001; Delgado, 2007; Mukhopadhaya *et al.*, 2007; Khaund, 2008; Pellati *et al.*, 2008; Roupa *et al.*, 2009; Bulleti *et al.*, 2010; Osman, 2011; Unuane *et al.*, 2011; NICE, 2012).

As causas de infertilidade masculina (tabela III) podem ser classificadas em médicas e cirúrgicas, incluindo nestas últimas as alterações anatómicas. As causas médicas de infertilidade masculina incluem condições imunológicas, doenças genéticas, doenças infecciosas, endocrinopatias e patologia sistémica. As causas cirúrgicas de infertilidade masculina incluem obstruções em qualquer ponto do aparelho reprodutor, varicocele, anomalias anatómicas genéticas e disfunção erétil (Whitman-Elia and Baxley, 2001; Wonga *et al.*, 2003; Ferlin *et al.*, 2006; Freire *et al.*, 2006; Delgado, 2007; Pellati *et al.*, 2008; Kasturi *et al.*, 2008; Tremellen, 2008).

Causas de infertilidade feminina	
Causas endócrinas	<p>A. amenorreia hipotalâmica</p> <ul style="list-style-type: none"> • excesso de peso • défices nutricionais • stress psicológico • consumo de opióides • neoplasias e outras lesões ocupantes de espaço • anorexia e bulimia <p>B. adenomas hipofisários funcionantes</p> <ul style="list-style-type: none"> • prolactinoma <p>C. patologia tiroideia</p> <ul style="list-style-type: none"> • hipotiroidismo • hipertiroidismo <p>D. patologia ovárica</p> <ul style="list-style-type: none"> • síndrome do ovário poliquístico • falência ovárica prematura <p>E. outras</p> <ul style="list-style-type: none"> • síndrome de Cushing • doença de Addison • hiperplasia adrenal congénita • acromegalia
Causas cervicais e/ou vaginais	<p>A. alterações do muco cervical</p> <ul style="list-style-type: none"> • alterações hormonais • infeções • uso de lubrificantes vaginais <p>B. alterações da estrutura do canal cervical</p> <ul style="list-style-type: none"> • estenoses de origem congénita ou adquirida
Patologia uterina	<ul style="list-style-type: none"> • infeções • endometriose • sinéquias • atrofia do endométrio • neoplasias malignas • leiomiomas • malformações • posicionamento anormal do útero
Patologia tubária e/ou pélvica	<ul style="list-style-type: none"> • infeções pélvicas ou tubárias • endometriose • anomalias congénitas

Tabela II – Causas de infertilidade feminina.

Causas de infertilidade masculina	
<u>Causas médicas</u>	
Condições imunológicas	<ul style="list-style-type: none"> • anticorpos antiespermatozoides
Doenças genéticas	<ul style="list-style-type: none"> • translocações • inversões • deleções específicas no cromossoma Y • fibrose quística • mutações no gene dos recetores de androgénios • aneuploidias cromossómicas • mutações em genes associados com a espermatogénese • síndrome de Klinefelter
Doenças infecciosas	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Neisseria gonorrhoeae</i> • <i>Chlamydia trachomatis</i> • HPV • <i>Escherichia coli</i>
Endocrinopatias	<ul style="list-style-type: none"> • hipogonadismo • hipotiroidismo subclínico • hiperprolactinémia
Patologia sistémica	<ul style="list-style-type: none"> • diabetes mellitus tipo 2 • parotidite • hipertensão arterial • hemoglobinopatias (β talassémia major)
<u>Causas cirúrgicas</u>	
Obstruções do aparelho reprodutor	
Varicocele	
Anomalias congénitas	<ul style="list-style-type: none"> • ausência ou obstrução dos canais ejaculatórios • ausência de migração dos testículos • ejaculação retrógrada • varicocele • atrofia ou ausência bilateral congénita dos vasos deferentes
<u>Causas mistas</u>	
Criptorquidia unilateral congénita	
<u>Causas espermatogénicas</u>	
Causas genéticas	<ul style="list-style-type: none"> • hermafroditismo • ausência congénita dos vasos deferentes

Tabela III – Causas de infertilidade masculina (HPV - papiloma vírus humano).

Para além dos fatores etiológicos anatómicos e fisiológicos que determinam a infertilidade, são conhecidos vários fatores de risco (tabela IV). A maior parte destes fatores pode ser modificada, já que dizem respeito a situações adquiridas e a sua identificação ganha particular importância nos casais subférteis. A curva atual da reprodução está mais para a direita por questões sociais, a idade média das europeias primíparas ronda os 28-29 anos. A idade materna avançada está, inevitavelmente, associada a menores índices de fertilidade, o que pode contribuir para o aumento da infertilidade nos países desenvolvidos (Brosens *et al.*, 2004; ESHRE Capri Workshop Group, 2005; Homan *et al.*, 2007; Soares *et al.*, 2007; Kasturi *et al.*, 2008; Roupa *et al.*, 2009; Agarwal *et al.*, 2011).

As consultas de planeamento familiar são um excelente instrumento à disposição do médico de família para acompanhar, desde a adolescência, a vida sexual e/ou reprodutiva da mulher e poder identificar, precocemente, fatores que comprometam a fertilidade, atuando de imediato (DGS, 2011). Estas consultas são propícias à educação e sensibilização da mulher no que diz respeito à fisiologia reprodutora (esclarecimentos sobre o ciclo menstrual, período fértil, probabilidade de engravidar) e ao impacto de hábitos nocivos na fertilidade (DGS, 2008; DGS, 2011). Os indivíduos do sexo masculino devem frequentar estas consultas com a vantagem de adquirirem informação sobre métodos contraceptivos, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e estilos de vida saudáveis (DGS, 2008).

Ao longo da adolescência e da vida adulta, tanto as mulheres como os homens têm oportunidade de adquirir informações sobre saúde reprodutiva junto do seu médico de família. As consultas de saúde infantil dos 15 e dos 18 anos permitem alertar, precocemente, para a prática de uma vida sexual saudável e segura, esclarecendo dúvidas e mitos. Qualquer consulta de saúde do adulto pode ser vista como um momento oportuno para discutir o assunto. Os exames periódicos de saúde podem sempre contribuir para a identificação de

alterações da fertilidade. Também podem ser encontrados achados sugestivos de alterações reprodutivas em estados iniciais da vida do indivíduo durante as consultas de saúde infantil. Essas situações incluem síndromes genéticas e anomalias congénitas, como por exemplo bolsas escrotais vazias por ausência de migração testicular.

Sempre que um casal pretenda engravidar, deve realizar uma consulta pré concecional antes de interromper os métodos contraceptivos. Esta consulta tem como objetivos determinar o risco concecional, realizar o rastreio serológico das infeções com risco reprodutivo e materno-fetal (HIV 1 e 2, hepatite B, sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus (CMV), HPV, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* e *Escherichia coli*), aconselhar sobre os mais variados aspetos relacionados com a conceção, modificar fatores de risco reprodutivo, identificar casais que necessitam de aconselhamento genético, identificar situações clínicas que possam ser alteradas pela gravidez e/ou conduzam a gravidezes de risco e discutir o benefício de um plano de vigilância pré-natal eficaz e precoce (DGS, 2006).

Fatores de risco de infertilidade	
Exposição a agentes químicos ou fármacos citotóxicos	
Stress psicológico	
Estado nutricional feminino <ul style="list-style-type: none"> • excesso de peso ou baixo peso 	<ul style="list-style-type: none"> • alterações hormonais • disfunção ovárica • diminuição da eficácia das abordagens terapêuticas
Estado nutricional masculino <ul style="list-style-type: none"> • excesso de peso • síndrome metabólica 	<ul style="list-style-type: none"> • hipogonadismo • aumento da temperatura escrotal • alterações quantitativas e qualitativas no espermograma • danos no DNA das células germinativas
Tabaco	<ul style="list-style-type: none"> • menopausas mais precoces • piores taxas de sucesso nas técnicas de procriação • alteração da produção de esperma • danos no DNA germinativo
Dieta desequilibrada	<ul style="list-style-type: none"> • alteração do ambiente de desenvolvimento embrionário • alterações do estado nutritivo
Radiações	<ul style="list-style-type: none"> • diminuição da qualidade do sémen
Métodos contraceptivos hormonais	<ul style="list-style-type: none"> • período de maior dificuldade concecional após a interrupção dos métodos
Dispositivos intrauterinos (DIU)	<ul style="list-style-type: none"> • inflamação e destruição das trompas de Falópio
Idade avançada	<ul style="list-style-type: none"> • diminuição do número e da qualidade dos oócitos • sinequias secundárias a infeções pélvicas • endometriose oculta • disfunções oclatórias • diminuição da frequências das relações sexuais • alterações no número e na morfologia dos espermatozoides • diminuição da qualidade do sémen

Tabela IV – Fatores de risco reprodutivo.

Investigação inicial do casal

Desde 1992 que são publicadas linhas de orientação para orientar a investigação e a abordagem inicial da infertilidade. A partir dessa data, a criação de orientações mais precisas quanto à investigação e referenciação do casal tem sido uma preocupação constante com a aplicação de critérios de qualidade (Souter *et al.*, 1997; Adamson *et al.*, 2001). Em Portugal, a DGS apresentou, em 2011, uma revisão da abordagem do casal infértil com o objetivo de otimizar o trabalho dos médicos neste âmbito. A DGS defende que a avaliação clínica do casal deve assentar em cinco aspetos fundamentais: história reprodutiva, história sexual, pesquisa de hábitos, avaliação do risco ocupacional e exame objetivo (tabela V).

Na história reprodutiva cabe ao médico de família identificar os casos de infertilidade primária, de infertilidade secundária e inquirir sobre antecedentes de infeções sexualmente transmissíveis (DGS, 2011). No que diz respeito à vida sexual do casal é importante saber a frequência das relações sexuais, a ocorrência das relações face ao período fértil da mulher e se há distúrbios da função erétil. Para além disso, o uso de lubrificantes e a contraceção utilizada ao longo do tempo são fatores a ter em consideração (DGS, 2011; NICE, 2012).

Dos hábitos e estilos de vida a questionar salienta-se o tabaco, o álcool, a medicação e o consumo de drogas. O estado nutritivo e o peso de cada um dos elementos faz parte da rotina de investigação, sendo o índice de massa corporal (IMC) recomendado entre 19 e 29 kg/m². A modificação de padrões de risco é de primeira linha na intervenção que aqui se padroniza (DGS, 2011; NICE, 2012).

O ambiente ocupacional pode ser fonte de substâncias nefastas para a fertilidade. As mulheres que trabalham nas indústrias de tintas e madeiras, as farmacêuticas e as enfermeiras, entre outras, estão sujeitas à ação de solventes e produtos químicos que podem comprometer a longo prazo a sua capacidade reprodutiva. Os homens com profissões que lidam, diretamente,

com altas temperaturas, radiações, pesticidas, solventes e produtos químicos estão, igualmente, em risco. Casais com trabalhos por turnos, que despendam esforço intenso ou sujeitos a stress diário são, também, casos de risco (DGS, 2011).

Avaliação clínica do casal infértil	
Anamnese	
1. História Reprodutiva	<ul style="list-style-type: none">• padrão de repetição da infertilidade (distinguir infertilidade primária de infertilidade secundária)• antecedentes de infeções sexualmente transmissíveis
2. História Sexual	<ul style="list-style-type: none">• frequência das relações sexuais• ocorrência das relações sexuais face ao período fértil da mulher• distúrbios da função erétil• uso de lubrificantes• contraceção
3. Hábitos	<ul style="list-style-type: none">• consumo de tabaco, álcool e drogas• hábitos medicamentosos• peso e prática de exercício físico
4. Risco Ocupacional	<ul style="list-style-type: none">• indústrias de tintas e madeiras• contacto com solventes, produtos químicos ou pesticidas• contacto com radiações• ambiente ocupacional com temperaturas elevadas• trabalho por turnos, com esforço intenso ou sujeito a stress diário

Tabela V – Avaliação inicial do casal infértil.

A história clínica dos dois elementos do casal difere em alguns pontos (tabela VI e tabela VII). A história clínica deve ser exaustiva, mesmo no caso de se tratar de um casal que faça parte da lista de utentes do médico de família e do qual haja conhecimento prévio (Loriaux *et al.*, 1976; Kolodny, 1987; Bansal, 1988; Chang *et al.*, 1991; Rosen *et al.*, 1999; Yli-Kuha *et al.*, 2010; DGS, 2011; <http://weill.cornell.edu/>).

Avaliação clínica do elemento feminino do casal infértil	
Anamnese	
1. Identificação	<ul style="list-style-type: none"> • idade • profissão/ risco ocupacional (exposição a tintas, madeiras, solventes e produtos químicos; trabalhos por turnos; trabalhos que despendam esforço intenso ou trabalhos sujeitos a stress diário)
2. História Ginecológica	<ul style="list-style-type: none"> • regularidade dos ciclos menstruais • antecedentes de amenorreia e oligomenorreia • gravidezes prévias com o mesmo parceiro ou outro • história de cirurgias abdominais e/ou pélvicas • casos de infeções sexualmente transmissíveis • antecedentes de abortos de repetição • interrupção voluntária da gravidez e complicações associadas • ocorrência de doença inflamatória pélvica (DIP)
3. Hábitos	<ul style="list-style-type: none"> • consumo de tabaco, álcool e drogas • prática de exercício físico e IMC
4. Hábitos medicamentosos	<ul style="list-style-type: none"> • antidepressivos (particularmente os inibidores seletivos de serotonina) • cimetidina • exposição a quimioterapia ou radioterapia • anti-inflamatórios não esteroides • imunossuppressores • fármacos citotóxicos
5. Antecedentes patológicos	<ul style="list-style-type: none"> • anorexia nervosa • tuberculose

Tabela VI –Anamnese do elemento feminino do casal infértil.

Avaliação clínica do elemento masculino do casal infértil	
Anamnese	
1. Identificação	<ul style="list-style-type: none"> • idade • profissão/ risco ocupacional (exposição a temperaturas altas, pesticidas, radiações, solventes e produtos químicos; trabalhos por turnos; trabalhos que despendam esforço intenso ou trabalhos sujeitos a stress diário)
2. Vida sexual	<ul style="list-style-type: none"> • antecedentes de doenças sexualmente transmissíveis • ocorrência de paternidade prévia
3. Hábitos	<ul style="list-style-type: none"> • consumo de tabaco, álcool e drogas • prática de exercício físico e IMC
4. Hábitos medicamentosos	<ul style="list-style-type: none"> • antidepressivos (particularmente os inibidores seletivos de serotonina) • cimetidina • bloqueadores dos canais de cálcio • diuréticos tiazídicos • beta-bloqueantes • espironolactona • metildopa • clonidina • ansiolíticos • esteroides anabolizantes • exposição a quimioterapia ou radioterapia
5. Antecedentes patológicos	<ul style="list-style-type: none"> • diabetes mellitus • hipertensão arterial

Tabela VII – Anamnese do elemento masculino do casal infértil.

De acordo com os achados da história clínica e do exame objetivo (tabelas VI a IX) o médico de família dará recomendações de modo a diminuir o risco reprodutivo. A atitude expectante será a melhor abordagem nos casais subférteis, já que a alteração dos fatores de risco reprodutivo pode ser suficiente para resolver o problema. Feita esta primeira abordagem, a investigação progride com recurso a exames complementares (Mills and Hargreave, 1998; Whitman-Elia and Baxley, 2001).

Avaliação clínica do elemento feminino do casal infértil	
Exame Objetivo	
1. Exame mamário	<ul style="list-style-type: none">• galactorreia• massas tumorais
2. Exame ginecológico	<ul style="list-style-type: none">• alterações dos caracteres sexuais secundários• hiperandrogenismo• vaginite• quistos ováricos• anomalias congénitas
3. Pele	<ul style="list-style-type: none">• hirsutismo• acne• seborreia
4. Exame Geral/Sistémico	<ul style="list-style-type: none">• patologia tiroideia
5. Estado Nutricional	<ul style="list-style-type: none">• peso excessivamente alto ou baixo

Tabela VIII – Achados do exame físico da mulher sugestivos de alteração da fertilidade.

Avaliação clínica do elemento masculino do casal infértil	
Exame Objetivo	
1. Exame mamário	<ul style="list-style-type: none">• ginecomastia
2. Exame genital	<ul style="list-style-type: none">• hipogonadismo• alteração dos caracteres sexuais secundários• fimose• balanite• varicocele• hérnia escrotal• quistos• linfocelo• massas tumorais

Tabela IX – Achados do exame objetivo do homem sugestivos de alteração da fertilidade.

Exames complementares

O recurso a exames complementares só deve ser efetuado passado pelo menos um ano de relações sexuais frequentes e desprotegidas sem procriar. O resultado destes exames pode condicionar a necessidade de referenciar o casal aos cuidados hospitalares. Os exames de

primeira linha (figura V) na investigação do casal infértil em Medicina Geral e Familiar são: o espermograma no homem e o registo da temperatura basal, a medição dos níveis séricos da FSH, LH e estradiol na primeira fase do ciclo, a medição da progesterona (no 21º dia do ciclo se ciclo de 28 dias ou 7 dias antes da data presumível de menstruação ou repetir semanalmente no caso de ciclos irregulares) e a ecotomografia pélvica com sonda vaginal na mulher (DGS, 2011).

O espermograma ao homem deve ser realizado antes de qualquer teste invasivo na mulher, se este for normal a avaliação da infertilidade deve-se centrar na mulher. Os resultados do espermograma vão ser determinantes para a escolha da abordagem terapêutica mais viável (Devroey *et al.*, 2009).

Caso haja suspeita clínica de uma patologia em específico são pedidos outros exames, como a medição da prolactina sérica, histerossalpingografia, histeroscopia, esfregaço vaginal e estudo genético. Deve ser feito o rastreio serológico das infeções com risco reprodutivo ou materno-fetal sempre que os exames preconcepcionais tenham mais de um ano ou sempre que a situação o justificar (DGS, 2011).

A investigação da infertilidade começa por exames simples e pouco agressivos e vai aumentando, progressivamente, em complexidade e agressividade à medida que os resultados vão sendo obtidos (Delgado, 2007).

Exames de primeira linha no estudo da infertilidade	
<u>Mulher</u>	<u>Homem</u>
<ul style="list-style-type: none">• registo da temperatura basal• FSH, LH e estradiol séricos na 1ª fase do ciclo• progesterona sérica (no 21º dia do ciclo se o ciclo tiver 28 dias ou 7 dias antes da data presumível de menstruação ou repetir semanalmente no caso de ciclos irregulares)• ecotomografia pélvica com sonda vaginal	<ul style="list-style-type: none">• espermograma

Figura V – Exames requisitados em Medicina Geral e Familiar para o estudo inicial da infertilidade (adaptado de DGS, 2011).

A OMS publicou em 2010 as novas linhas de orientação de análise do espermograma, com o objetivo de padronizar de forma internacional os valores de referência (figura VI). A colheita do esperma deve ser realizada após 2 a 5 dias de abstinência sexual, de preferência com limite máximo de 7 dias e mínimo de 2 dias. A leitura deve ser feita num período não superior a uma hora após a colheita. Se o exame for inconclusivo, deve ser repetido 3 meses depois. Caso seja detetada azoospermia o exame será, igualmente, repetido (DGS, 2011).

É muito importante a credenciação dos laboratórios para a realização das análises hormonais e do espermograma. De preferência as Unidades Coordenadoras Funcionais devem estabelecer protocolos com o hospital de referência (DGS, 2011).

O médico de família deverá ser capaz de estabelecer o diagnóstico etiológico da infertilidade conjugal após história clínica exaustiva, exame objetivo completo e análise dos exames complementares. Contudo, há situações particularmente complexas que requerem referenciação (figura VIII) (DGS, 2011).

<p>Espermograma normal (OMS 2010):</p> <p>Volume $\geq 1,5$ ml e pH $\geq 7,2$</p> <p>Concentração $\geq 15 \times 10^6$/ ml</p> <p>Contagem total ≥ 40 milhões no ejaculado</p> <p>Mobilidade progressiva $\geq 32\%$</p> <p>Vitalidade $\geq 58\%$ vivos</p> <p>Morfologia normal $\geq 4\%$</p> <p>Leucócitos $< 1 \times 10^6$/ ml</p> <p>Teste MAR $< 50\%$ móveis</p>
--

Figura VI – valores de normalidade do espermograma (fonte: DGS, 2011).

Referenciação

Apesar de alguns médicos de família referirem algumas lacunas na sua formação académica e profissional nesta área, a grande maioria encara positivamente a abordagem dos casais inférteis (Hassa *et al.*, 2005; Wilkes *et al.*, 2007; Wilkes *et al.*, 2009). No entanto, apenas cerca de 26% dos casais inférteis portugueses recorre ao seu médico de família quando tem dificuldades em conceber. A grande maioria vai diretamente a consultas privadas de especialistas (cerca de 40%), aos cuidados hospitalares (cerca de 39%) ou a clínicas privadas de procriação médica (cerca de 19%) (Carvalho and Santos, 2009).

Apesar de não haver estudos que esclareçam estas percentagens, há várias hipóteses que podem justificar estes valores. Há quem simplesmente desconheça que este médico tem competências para tratar deste assunto, para além de que nem todas as pessoas têm médico de família. O casal pode ter receio de sofrer estigma social e evita abordar o assunto no Centro de Saúde da sua localidade. As menores taxas de sucesso terapêutico nos cuidados primários são uma desvantagem para quem pretende engravidar o mais rapidamente possível.

Apesar de ser um dado adquirido que o médico de família é capaz de avaliar o casal infértil, este clínico deve ter sempre presente as circunstâncias de referenciação, seja por complexidade da patologia subjacente, por fatores de risco reprodutivo elevados ou para oferecerem uma solução terapêutica mais adequada (figura VIII).

Para o diagnóstico e o tratamento da infertilidade há três níveis de cuidados (figura VII): os cuidados primários são úteis na preconceção e indicados para detetar e prevenir os fatores de risco reprodutivo e avaliar o casal; os cuidados hospitalares de primeira linha, com tratamentos médicos e cirúrgicos; e os cuidados hospitalares secundários ou que funcionam como centros de procriação medicamente assistida.

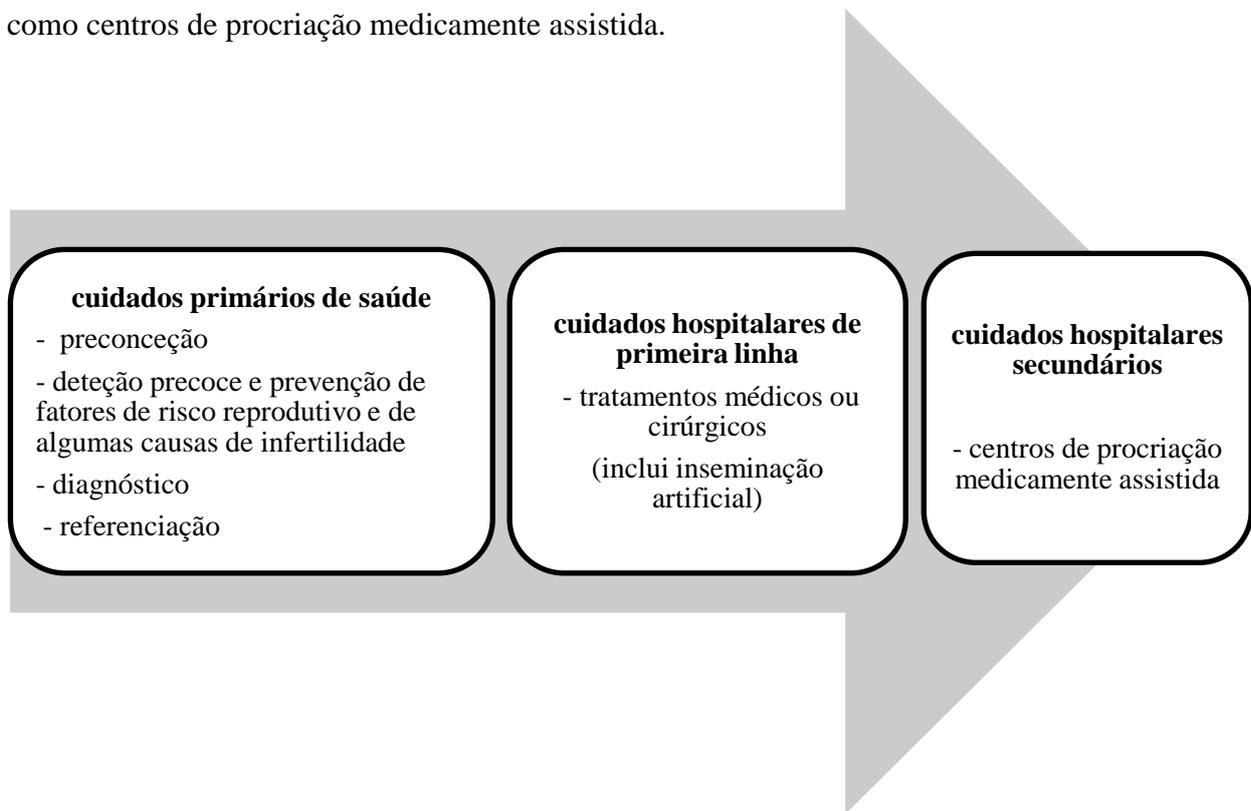


Figura VII – Níveis de cuidados médicos ao dispor do diagnóstico e tratamento da infertilidade.

Os protocolos de articulação entre os setores de cuidados e a devida divulgação dos mesmos compete às Unidades Coordenadoras Funcionais, enquanto que a acessibilidade aos

cuidados hospitalares primários é da competência das Administrações Regionais de Saúde. Em 2010, foi desenhado em Portugal um sistema informático (FERTIS) para referenciação dos casais inférteis aos cuidados hospitalares de 1^a linha e para a procriação medicamente assistida, mas que ainda não se encontra em pleno funcionamento (DGS, 2011).

Os novos critérios de referenciação do casal aos cuidados hospitalares e centros de procriação medicamente assistida (figura VIII) deixaram de ter em conta a idade da mulher. Agora, o que decide se é executada ou não referenciação para os cuidados hospitalares primários, sempre que um casal que não procrie há mais de um ano com relações sexuais desprotegidas e depois da avaliação inicial do médico de família, é a existência de fatores de risco na história clínica do casal ou alterações nos exames complementares. Mesmo que a história e os exames sejam normais, o médico de família pode referenciar aos cuidados hospitalares se essa for a vontade expressa pelo casal (DGS, 2011).

A referenciação precoce é justificada em mulheres com idade igual ou superior aos 35 anos de idade se algum dos elementos do casal foi submetido a um tratamento prévio de quimio ou radioterapia, no caso de algum dos elementos ser seropositivo para HIV, hepatite B ou hepatite C e no caso de haver fatores predisponentes como amenorreia, oligomenorreia, DIP ou criptorquidia (DGS, 2011).

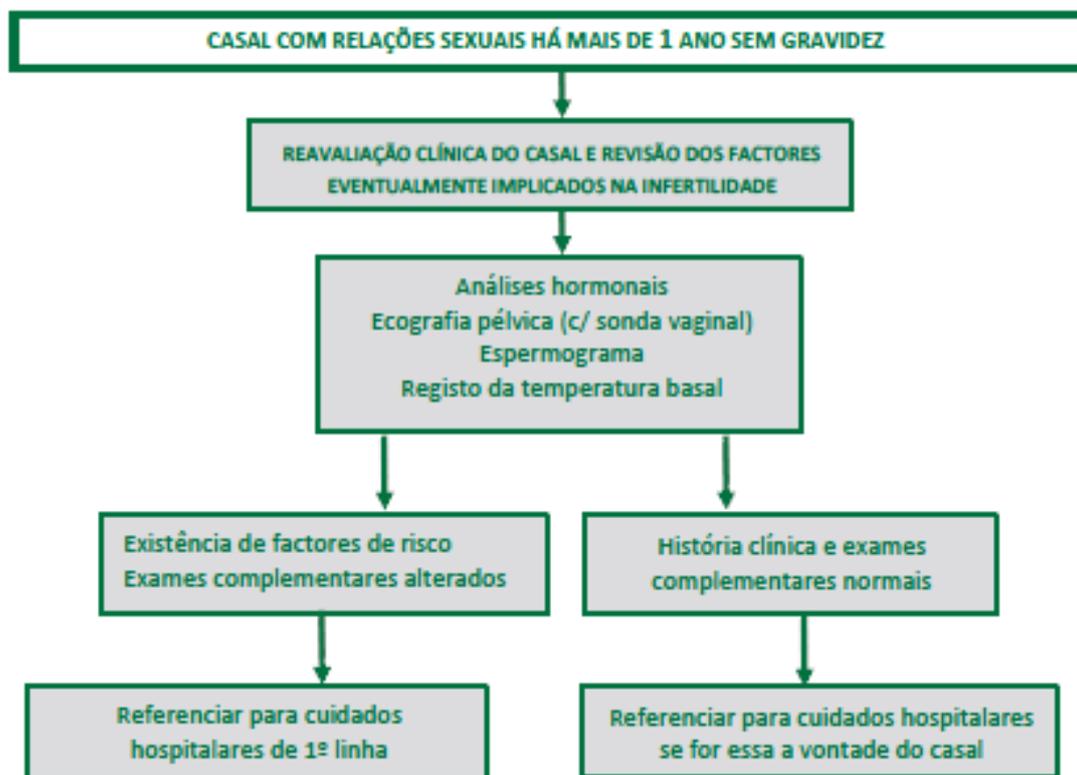


Figura VIII – Critérios da DGS para o clínico geral referenciar os casais inférteis (fonte: DGS, 2011).

Abordagem terapêutica

Confirmado o diagnóstico de infertilidade, o casal deve ser informado da probabilidade de conceber espontaneamente e das alternativas terapêuticas ao seu dispor. A informação fornecida deve ser o mais clara e inequívoca possível e deve contemplar: as indicações, os custos, os efeitos secundários e as taxas de sucesso. Sempre que possível a informação deve ser fornecida sob a forma de material escrito (DGS, 2011). Esta metodologia facilita não só a compreensão, como permite a consulta da informação sempre que necessário. Desde modo, contribui-se para que o casal esteja mais atento às explicações em vez de tentar assimilar toda a informação possível e possa de imediato colocar dúvidas ou vir a esclarecê-las com a literatura disponibilizada.

A escolha terapêutica deve ser feita caso a caso, segundo uma abordagem centrada no casal. As abordagens terapêuticas da infertilidade (tabela X) incluem procedimentos médicos, cirúrgicos ou técnicas de procriação medicamente assistida (NICE, 2012). É importante definir técnicas de procriação medicamente assistida. Considera-se nesta definição “procedimentos que manipulem oócitos, espermatozoides ou embriões de forma que os oócitos sejam colhidos após estimulação hormonal, inseminados em laboratório e transferidos para o útero”. Assim sendo, esta definição inclui a FIV, a transferência intratubária de gâmetas (GIFT), a transferência intratubária de zigotos (ZIFT), a criopreservação de embriões, a doação de oócitos ou embriões e as “barrigas de aluguer” (Vela *et al.*, 2009; Zegers-Hochschild *et al.*, 2009). A GIFT e a ZIFT não estão recomendadas na prática (Vela *et al.*, 2009; DGS, 2011). As “barrigas de aluguer” não são autorizadas em Portugal, apesar de em 2011 o CNPMA ter sugerido à Assembleia da República a alteração da lei de forma a permitir o seu recurso em caso de patologia grave que inviabiliza a gravidez (<http://www.apfertilidade.org/web/noticias-e-destaques/330-barrigas-de-aluguerq-so-por-razoes-de-doenca>).

Abordagens terapêuticas da infertilidade		
Tecnologia procriativa natural		
Terapêutica expectante		
Tratamentos médicos		
Tratamentos cirúrgicos		
Procriação assistida	medicamento	<ul style="list-style-type: none"> • FIV • GIFT • ZIFT • criopreservação de embriões • doação de oócitos ou embriões • “barrigas de aluguer”
Outros procedimentos		<ul style="list-style-type: none"> • ICSI • IIU

Tabela X – Abordagens terapêuticas à disposição do casal infértil.

Apesar do papel do médico de família ser limitado no tratamento da infertilidade, há alguns casos ao alcance da Medicina Geral e Familiar (Case, 2003). O tratamento da infertilidade nos cuidados primários denomina-se de tecnologia procriativa natural (NaProTechnology ou NPT) (Stanford *et al.*, 2008; Tham *et al.*, 2012). Esta abordagem baseia-se na identificação da ovulação e/ou período fértil de modo a detetar e corrigir problemas ovulatórios, como casos de anovulação (Case, 2003) e a etiologia é conseguida através de testes hormonais e da investigação de fatores de risco reprodutivo. A NPT deteta e corrige fatores de risco reprodutivo nos dois elementos do casal (Stanford *et al.*, 2008; Tham *et al.*, 2012).

Há duas formas de monitorizar o período fértil, o Billings Ovulation Method (BOM) e o Creighton Model FertilityCare System (CrMS). O BOM baseia-se na observação das alterações do muco cervical ao longo do ciclo pela própria mulher. O método CrMS é semelhante, mas inclui a observação do fluxo menstrual. Uma forma mais eficaz de prever a data de ovulação são os kits de medição da LH ou dos metabolitos estrogénicos na urina,

juntamente com a monitorização das secreções cervicais. A conceção é mais provável três dias antes a três dias depois do último dia em que o muco tenha características elásticas, translúcidas e brilhantes (aparência em clara de ovo). A medição da temperatura basal e a estimativa da duração do ciclo não revelaram importância no conhecimento do período fértil, o que vai contra ao que é recomendado pela DGS (Stanford *et al.*, 2008; Tham *et al.*, 2012).

As causas de infertilidade feminina normalmente encontradas pela NPT são: diminuição da produção de estrogénio a nível do muco cervical; metrorragias; spotting; alterações da fase luteínica; níveis baixos de estrogénio e progesterona. O tratamento baseia-se em abordagens médicas ou cirúrgicas pouco invasivas como: indução ou estimulação da ovulação com citrato de clomifeno e metformina; medicação que aumente ou melhore a produção de muco cervical, incluindo a vitamina B6, antibioticoterapia ou guaifenesina e suplementos hormonais na fase luteínica. Salienta-se que, as atuais normas da DGS consideram que a análise do muco cervical não é um exame de primeira linha no estudo da infertilidade, o que talvez deva ser repensado. O sucesso da terapêutica é monitorizado através de testes hormonais e outros biomarcadores. Os casais ao ingressarem na NPT têm de ser informados que apesar de 75% dos casais engravidar no espaço de um ano após o início do tratamento, podem ser necessários dois anos para que ocorra conceção (Case, 2003; Stanford *et al.*, 2008; Tham *et al.*, 2012).

A NPT é uma realidade crescente e totalmente integrada nos cuidados primários de alguns países como, por exemplo, no Canadá e na Irlanda (Tham *et al.*, 2012). Estudos evidenciam que o tratamento da infertilidade é conseguido pelos médicos de família ao aplicarem este método, tendo a vantagem de estar associado a um número reduzido de gestações gemelares e de recém-nascidos prematuros. Todavia, são várias as desvantagens da NPT: a duração do tratamento (geralmente a conceção só ocorre passados 2 anos); a baixa taxa de sucesso do método comparativamente com outras abordagens; não ter utilidade em

casais com azoospermia, falência ovárica e oclusão tubária bilateral (Stanford *et al.*, 2008; Sills, 2009). Desta forma, a NPT acaba por ser utilizada, essencialmente, em casais com subfertilidade, casais que consideram as outras técnicas demasiado invasivas ou indivíduos que por questões éticas se recusam a utilizar outros métodos.

Desde 1940 que se tentava a procriação medicamente assistida (Yovich, 2011), mas os esforços nesta área são bem mais antigos. Em 1770, nascia o primeiro bebé por inseminação artificial, resultando do trabalho de John Hunter, em Londres (Teixeira *et al.*, 2005). A primeira FIV humana bem sucedida remonta a 1978. Louise Toy Brown nasceu a 28 de julho, na Inglaterra, fruto da parceria do cientista Robert Edwards com o ginecologista Patrick Steptoe (Freitas *et al.*, 2008). Este trabalho viria a distinguir, três décadas depois, Edwards, o co-fundador da European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), com o Prémio Nobel da Medicina (Human Reproduction, 2010; Fechner and McGovern, 2011; Yovich, 2011).

Nas últimas décadas a reprodução médica foi das áreas científicas que mais evoluiu (Vela *et al.*, 2009). Em 1970, Edwards relata o primeiro caso de um blastocisto criado por FIV (Yovich, 2011). Em 1984, no Chile nasce a primeira criança criada por uma nova técnica de procriação medicamente assistida, a transferência intratubária de gâmetas. Em 1992, na Bélgica, nascia o primeiro bebé gerado por ICSI, técnica que veio revolucionar o tratamento da infertilidade masculina. Em 2007, começou a ganhar relevo a criopreservação gonadal (Teixeira *et al.*, 2005; Freitas *et al.*, 2008). Em 1985, Portugal começava a praticar a IIU no Hospital de São João, em 1986 chegava a Portugal a FIV e em 1994 a ICSI (Teixeira *et al.*, 2005). Com notáveis esforços da comunidade científica, a procriação medicamente assistida é responsável atualmente por mais de 2% de nascimentos no nosso país (CNPMA, 2012). Para além disso, as técnicas são cada vez menos invasivas e mais eficazes (Vela *et al.*, 2009).

A tabela XI sumaria as indicações das várias abordagens terapêuticas da infertilidade. Contudo, não devemos esquecer que cada casal deve ser avaliado individualmente de modo a avaliar as vantagens e as desvantagens de cada abordagem e escolher aquela com maior relação risco-benefício. Algumas causas de infertilidade não têm uma terapêutica aceite, consensualmente, situação que demonstra a importância da abordagem centrada no casal (Brosens *et al.*, 2004; Teixeira *et al.*, 2005; Kussler and Coitinho, 2008; Stanford *et al.*, 2008; Vela *et al.*, 2009; Bulletti *et al.*, 2010; DGS, 2011; Brandes *et al.*, 2011; NICE, 2012; Tham *et al.*, 2012).

Indicações das abordagens terapêuticas da infertilidade	
Tecnologia procriativa natural (NaProTechnology ou NPT)	<ul style="list-style-type: none"> • diminuição da produção de estrogénio a nível do muco cervical • metrorragias • spotting • alterações da fase luteínica • níveis baixos de estrogénio e progesterona
Inseminação intrauterina (IIU)	<ul style="list-style-type: none"> • casais serodiscordantes • infertilidade inexplicada • infertilidade masculina ligeira • doação de esperma • patologia tubária • endometriose • anomalias congénitas do trato genital • vaginismo • ausência de muco ou muco hostil • disfunção erétil e ejaculação retrógrada
Fertilização <i>in vitro</i> (FIV)	<ul style="list-style-type: none"> • infertilidade masculina grave • impermeabilidade tubária • certos casos de anovulação • patologia tubária grave • infertilidade inexplicada com mais de 3 anos de evolução • endometriose grave • em alternativa à IIU • diagnóstico e rastreio pré-implantatários • criopreservação de oócitos e embriões
Injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI)	<ul style="list-style-type: none"> • etiologia masculina grave • azoospermia obstrutiva • obstrução do canal ejaculatório • vasectomia • problema imunológico • diabetes mellitus • trauma da coluna espinhal” • infertilidade inexplicada
Tratamentos médicos	<ul style="list-style-type: none"> • distúrbios anovulatórios (uso de citrato de clomifeno, metformina e gonadotrofinas) • hipogonadismo hipogonadotrófico (uso de gonadotrofinas) • disfunção erétil • infertilidade inexplicada

Tratamentos cirúrgicos	<ul style="list-style-type: none">• correção de danos tubários ligeiros• reversão da permeabilidade tubária nas mulheres esterilizadas cirurgicamente• tratamento da hidrosalpingite• ablação de focos de endometriose por laparoscopia• miomectomia• “drilling” ovárico em casos de anovulação• remoção de pólipos endometriais, sinequias e septos intrauterinos
Terapêutica expectante	<ul style="list-style-type: none">• infertilidade inexplicada• subfertilidade
Doação de gâmetas	<ul style="list-style-type: none">• incapacidade de usar os próprios gâmetas casal por patologia genética ou infecciosa• suporte à FIV, IIU ou ICSI• problemas ováricos grave (falência ovária prematura)
Doação de embriões	<ul style="list-style-type: none">• casos raros em que não é viável a utilização de gâmetas de nenhum dos dois elementos
Criopreservação de embriões	<ul style="list-style-type: none">• embriões excedentários utilizados num novo ciclo sem ter que sujeitar novamente o casal a parte do processo

Tabela XI – Principais indicações das abordagens terapêuticas da infertilidade.

A infertilidade inexplicada é de difícil abordagem terapêutica, pelo menos de forma consensual. As alternativas disponíveis incluem: terapêutica expectante, IIU, citrato de clomifeno (que as orientações do NICE desaconselham), ICSI e FIV (Vela *et al.*, 2009; Brandes *et al.*, 2011). Esta última abordagem parece a melhor a nível de eficácia e custo (Vela *et al.*, 2009). É errado assumir-se que a infertilidade inexplicada é intratável, pois a taxa de sucesso dos tratamentos até é bastante satisfatória, um estudo demonstrou que 81,5% dos casais com infertilidade inexplicada acaba por conceber no espaço de 5 anos. Depende de cada caso, nomeadamente, de fatores como a idade do elemento feminino, a duração da infertilidade e os antecedentes obstétricos (Brandes *et al.*, 2011).

Esclarecer o casal sobre os riscos e as complicações do tratamento é indispensável a uma boa prática clínica (DGS, 2011). É particularmente importante desmistificar que, apesar

de serem raras as complicações graves, as técnicas de procriação medicamente assistida (tabela XII) acarretam alguns riscos maternos e perinatais (Teixeira et al., 2005; Freitas et al., 2008; Stanford *et al.*, 2008).

Fatores de risco das técnicas de PMA	
Maternos	Fetais
<ul style="list-style-type: none">• descolamento prematuro da placenta• placenta prévia• diabetes gestacional• hipertensão gestacional• gravidez múltipla• risco de cesariana• DIP• lesão da bexiga• lesão dos vasos sanguíneos• lesão do intestino• hemorragia com sede nos ovários ou nos vasos sanguíneos	<ul style="list-style-type: none">• prematuridade extrema<ul style="list-style-type: none">- problemas respiratórios- problemas de termorregulação- problemas de alimentação- icterícia- infeções- restrição do crescimento- problemas neurológicos• mortalidade perinatal• risco de malformações• gemelaridade

Tabela XII – Fatores de risco maternos e fetais das técnicas de procriação medicamente assistida.

Há situações genéticas ou infecciosas complexas que impossibilitam o uso dos gâmetas do próprio casal. O que justifica a importância do médico de família informar os casais sobre a doação de gâmetas ou de embriões como forma de procriar. O mais comum é a doação isolada de esperma ou de oócitos, mas quando não é viável a utilização dos gâmetas dos dois elementos, pode ser proposto ao casal a doação de embriões (DGS, 2011). Esta é uma decisão particularmente difícil e que pode exacerbar ou criar uma crise conjugal.

Em Portugal, o CNPMA tem o dever de publicar os dados relativos à atividade dos centros de procriação. De 2009 para 2010 verificou-se um aumento de 22% no uso das técnicas de procriação. Nos 27 centros espalhados pelo país, a ICSI foi a técnica com maior

número de ciclos iniciados. Contudo, a FIV foi a técnica com maior taxa de sucesso, cerca de 31,7% de gravidezes clínicas por ciclo iniciado (CNPMA, 2012).

Seguimento do casal infértil

Ao analisar a árvore da WONCA, facilmente, se conclui que o médico de família é o pilar da prestação de cuidados de saúde. Este clínico tem a capacidade de lidar com os problemas do indivíduo de uma forma holística em que a doença, propriamente dita, não está em destaque, mas sim o contexto no qual ela surge. Os cuidados em Medicina Geral e Familiar são abrangentes, longitudinais e centrados no indivíduo. O ponto de partida é sempre o utente, com os seus receios, dúvidas, desejos e preocupações. Sem dúvida que este é o cenário ideal para a abordagem inicial da infertilidade conjugal, visto já existir uma relação médico-utente prévia. Mesmo que haja necessidade de referenciar o casal aos cuidados secundários, mantém-se a disponibilidade em receber os indivíduos sempre que estes considerem proveitoso, não estabelecendo qualquer tipo de periodicidade (Gomes, 2005).

Apesar da grande evolução científica das últimas três décadas, ainda há casais que não conseguem procriar. Nestes casos cabe ao médico de família informar sobre outras opções: a doação de gâmetas ou embriões, a adoção ou permanecem sem filhos. O primeiro banco público de gâmetas em Portugal foi criado em maio de 2011 e está em funcionamento, apesar de não ser em pleno, na Maternidade Júlio de Matos, no Porto. Para além deste banco público, outros bancos privados estão em funcionamento no país. Há registo de diversos casais que recorreram a gâmetas espanhóis, visto que os bancos portugueses não conseguem responder às necessidades (<http://www.apfertilidade.org/web/noticias-e-destaques/347-apf-lchocadar-com-pagamentos-de-doacao-de-semen>).

Comunicar ao casal um fator de mau prognóstico reprodutivo, uma complicação da terapêutica, um tratamento que não resultou em gravidez ou que há uma impossibilidade

absoluta do casal procriar entra no âmbito da comunicação de más notícias em medicina. A omissão de informação, embora mais fácil para o médico de família, apenas contribui para que o doente se sinta inseguro e deixe de confiar no seu médico. Não há uma forma ideal de comunicar más notícias, mas o modo como o doente é informado está estreitamente relacionado com a forma como este irá reagir à notícia. Antes de mais, o médico de família deve tentar perceber o que o doente já sabe sobre o assunto, como por exemplo, através de informações fornecidas por outros médicos e a própria interpretação que o casal faz dos acontecimentos. Outro aspeto muito importante é compreender até que ponto é que os indivíduos pretendem ser esclarecidos e com que grau de pormenor (Leal, 2003).

O local escolhido deve ser calmo e privado para que não haja interrupções por terceiros. O discurso deve conter poucos termos médicos e começar com uma frase como “os resultados não são bem o que esperávamos”, “há um aspeto menos bom que temos de falar”, “as coisas não aconteceram como gostaríamos”. Este momento introdutório permite ao médico de família ter uma ideia da possível reação à notícia. Deve-se avançar de forma inequívoca e clara, não deixando margem para dúvidas ou mal-entendidos. Após um primeiro período de processamento da informação por parte do casal, o médico deve assegurar-se de que ficou bem explícita a real gravidade da situação. É fundamental voltar a clarificar a informação após o período inicial de choque. Os utentes devem ser colocados à vontade para questionar o seu médico de família e tirar qualquer tipo de dúvida. O clínico deve deixar sempre em aberto a hipótese do casal pedir novos esclarecimentos e demonstrar acessibilidade e disponibilidade (Leal, 2003).

O seguimento do casal não tem como finalidade julgar, opinar ou decidir pelo casal, apenas fornecer dados para permitir que os indivíduos decidam em consciência o que é melhor para si (Bagshawe and Taylor, 2003). O casal sente-se obrigado a redefinir a sua

noção de família (Greil et al., 2010), o que só por si é uma evento marcante e que merece particular atenção. O casal infértil beneficia de aconselhamento, que conta com três tipos distintos. O primeiro aborda as implicações da infertilidade e das diversas abordagens terapêuticas quer para a díade quer para o filho que poderá nascer. Este tipo é particularmente importante quando se põe em causa a utilização de dadores de gâmetas ou embriões. O segundo tipo, o aconselhamento terapêutico, informa o casal das várias opções existentes para solucionar o problema. Por último, há o aconselhamento de suporte emocional que pode ser disponibilizado sempre que necessário (Boivin *et al.*, 2001; Bagshawe and Taylor, 2003).

A infertilidade pode então ser encarada como um problema crónico (Stanford *et al.*, 2008). Dadas as características das patologias crónicas, os doentes necessitam de apoio, ao longo do tempo, para lidar da melhor forma possível com a situação. Assim sendo, os médicos têm que por em prática uma abordagem que permita detetar alterações psicológicas e eliminar qualquer conflito existente (Schmittiel *et al.*, 2006; van Dijk-de Vries *et al.*, 2012). O médico de família deve acompanhar a infertilidade e pensar nela como uma montanha russa de emoções: ciclos de maior agitação emocional e fases silenciosas. Os indivíduos inférteis encontram-se, particularmente vulneráveis. Têm de se adaptar a um evento não desejado e aprender a lidar com as consequências dele.

Para que a abordagem tenha sucesso é fundamental melhorar e promover o trabalho em equipa multidisciplinar: médicos de família, enfermeiros dos cuidados de saúde primários, especialistas, comunidade, entidades governamentais, o próprio paciente e a sua família (Sousa, 2005). A qualidade de vida dos indivíduos tende a diminuir com o diagnóstico de infertilidade, razão pela qual a OMS desafiou os profissionais de saúde a contribuir para o aumento do bem-estar geral destes pacientes (Drosdzol and Skrzypulec, 2008; Chachamovich *et al.*, 2009).

Para além de serem portadores de doença crónica, os casais inférteis são utentes em risco, ou seja, indivíduos que se deparam com uma crise familiar. A infertilidade pode afetar de tal forma o casal que se torna uma obsessão (Delgado, 2007). A forma como os casais lidam com a infertilidade depende de vários fatores que podem ter efeitos distintos caso a caso. A personalidade de cada indivíduo é um fator determinante. Para além da estrutura psicológica, mecanismos de defesa e o apoio por parte dos amigos e família, o médico de família tem um papel de destaque ao ajudar cada um dos elementos a lidar com a situação da melhor forma possível.

A aplicação dos métodos de avaliação familiar ganham particular interesse durante o seguimento do casal infértil. O Apgar Familiar de Smilkstein, o ecomapa e o círculo de Thrower são, particularmente, úteis neste contexto. Os dois últimos métodos permitem saber a relação do casal com o meio envolvente e saber quais são as suas redes de apoio ao longo do processo. Muitas das vezes, a conceção só é conseguida passado longos meses e pode até não se concretizar. Saber os pilares que cada um dos elementos dispõe é fundamental. O isolamento social e os sentimentos de culpa e vergonha podem coexistir com a infertilidade, dificultando a adaptação ao processo. Estes métodos podem indicar-nos se é esse o caso, ou se pelo contrário, a infertilidade é um assunto saudavelmente discutido entre o grupo de amigos e familiares. A relação entre o casal e os serviços de saúde é, igualmente avaliada, percebendo se a abordagem aplicada fornece uma solução do problema. Por sua vez, o Apgar Familiar permite avaliar a dinâmica do casal, propriamente dito, e dos restantes elementos do núcleo familiar. A partilha dos problemas e preocupações, a iniciativa em resolvê-los e ultrapassá-los em conjunto e a harmonia familiar são assim estimadas.

Poderíamos pensar na infertilidade como um problema que se resolve com a conceção. Contudo, contrariamente ao que seria de esperar, a gravidez do casal não é sinónimo de retorno à harmonia, o que mais uma vez aponta para a cronicidade da infertilidade ou do seu

impacto na vida dos indivíduos. A passagem de uma díade familiar para uma família nuclear acarreta mudanças entre os elementos do casal e em cada um dos indivíduos. Daí a importância do ciclo de Duvall no estudo deste tipo de família. A forma como a relação conjugal é afetada é muito variável, aumentando os conflitos pré-existentes ou fortalecendo os laços (Repokari *et al.*, 2007). A chegada do filho tão desejado pode ser fonte de níveis elevados de ansiedade, embora outros estudos revelem o contrário (Golombok *et al.*, 1996; Greil *et al.*, 2010). Um dado muito interessante é que as mulheres tendem a ter bem presente as memórias do período infértil e das dificuldades ultrapassadas, o que justifica um acompanhamento próximo e regular destas famílias (Greil *et al.*, 2010).

Vários estudos foram realizados para tentar perceber se há alguma relação de causalidade entre a infertilidade e os distúrbios psiquiátricos. Não há consenso quanto ao facto da infertilidade ser causa ou consequência das patologias psiquiátricas (Greil *et al.*, 2010; Yli-Kuha *et al.*, 2010). Porém, vários estudos demonstram níveis de ansiedade, depressão e stress superiores ao normal na população infértil, particularmente na mulher (Repokari *et al.*, 2007; Yli-Kuha *et al.*, 2010). As mulheres com diagnóstico de infertilidade inexplicada tendem a sentir níveis superiores de ansiedade (Repokari *et al.*, 2007). No homem os estudos são mais discordantes, alguns não encontram qualquer alteração e outros encontram modificações apenas nos homens mais jovens (Greil *et al.*, 2010). A capacidade de reprodução está seriamente relacionada com a autoestima e a autoimagem, o que contribui para a necessidade de ajudar estes indivíduos e contribuir para o seu bem-estar.

Assim sendo, a disponibilização de apoio e aconselhamento por parte do médico de família deve ser realizada antes, durante e após a avaliação do casal e a instituição da terapêutica. Sem dúvida que também é vantajoso integrar programas de apoio e aconselhamento, colocando em prática intervenções cada vez mais centralizadas no paciente

(Schmidt et al., 2003). O médico de família faz a união entre o casal e os cuidados médicos, ouvindo os desabafos e inquietações ao longo do processo. Os métodos de avaliação familiar são um bom suporte ao seguimento do casal e podem indicar de que forma a infertilidade está a afetar a dinâmica familiar.

Resultados

O caso clínico descrito retrata uma díade nuclear que se depara com o problema da infertilidade. O adiamento ou a incapacidade da transformação em família nuclear constitui um evento a dar particular atenção em Medicina Geral e Familiar.

Os métodos de avaliação familiar são instrumentos imprescindíveis para a prática da Medicina Geral e Familiar. Ao abordar o casal, o médico de família aproxima-se da realidade familiar e individual. Esta aproximação tem o objetivo de melhorar a prestação de cuidados de saúde, não só numa vertente de saúde física, mas do ponto de vista do bem-estar social e emocional. Para tal é muito importante conhecer a orgânica familiar, ou seja, os papéis que cada elemento desempenha na família.

Os vários instrumentos de avaliação familiar permitem, em conjunto, conhecer a dinâmica e a estrutura familiar, facilitando a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e o seguimento de condições médicas e sociais. O casal em estudo demonstrou ser uma família com ferramentas para lidar de forma positiva com a infertilidade, apresentando uma boa dinâmica familiar, um bom suporte social e económico. A própria iniciativa demonstrada em dirigir-se ao médico de família para iniciar a investigação da infertilidade demonstra estratégias de coping. Contudo, tendo em conta a gravidade da situação deve ser padronizado um suporte por parte do médico de família durante todo o processo de diagnóstico e tratamento da infertilidade, mesmo após referenciação.

O caso clínico demonstra que é exequível pelo médico de família o diagnóstico e a investigação inicial da etiologia e/ou fatores de risco reprodutivo. O facto de existir uma relação médico-doente prévia é, sem dúvida, uma mais-valia para o casal, dissipando qualquer incómodo em abordar o assunto. Comparativamente com outras opções terapêuticas, os cuidados primários são um recurso mais cómodo, acessível e barato. No entanto, a abordagem

do casal infértil em Medicina Geral e Familiar depara-se com algumas dificuldades. Entre muitos indivíduos prevalece o mito de que os médicos de família não têm competências para lidar com a infertilidade. Esta falta de esclarecimento por parte dos utentes pode muito bem ser o primeiro entrave à procura de ajuda. Aos médicos de família cabe a difícil tarefa de se manterem atualizados sobre as novas técnicas diagnósticas e terapêuticas, o que nesta área não é particularmente fácil, tendo em conta a constante evolução que se tem verificado nos últimos anos. Responder as necessidades dos casais ao longo do processo é uma tarefa árdua que deve ser partilhada com outros profissionais de saúde, particularmente, psicólogos que possam de alguma forma ajudar o casal nas suas estratégias de coping.

Em jeito de crítica a este artigo de revisão cabe-me agora salientar os principais pontos positivos e negativos. Considero que o objetivo deste trabalho foi conseguido, deixando explícito o papel do médico de família na abordagem e no seguimento do casal infértil. O caso clínico apresentado enriquece o artigo e demonstra não só a exequibilidade da investigação do casal infértil nos cuidados primários, mas também o valor dos métodos de avaliação familiar e dos métodos de anotação no acompanhamento de um casal infértil. A revisão da literatura está o mais completa possível, começando com a integração epidemiológica e legal do assunto e desenvolvendo, a partir daí, um encadeamento lógico que permita a qualquer clínico abordar um casal com dificuldades em engravidar de forma simples. O facto de apresentar informação de entidades reconhecidas a nível nacional e internacional, como a Direção Geral de Saúde, a Organização Mundial de Saúde, o Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida e o National Institute for Health and Clinical Excellence, dá maior credibilidade à revisão. Como aspetos negativos há a salientar a escassez de dados estatísticos e epidemiológicos existentes na literatura, o que acaba por dificultar o conhecimento da verdadeira realidade portuguesa. Uma das principais dificuldades, que acaba por transparecer no artigo, foi encontrar informação esclarecedora sobre as terapêuticas em

cuidados primários e a sua exequibilidade. O tópico das abordagens terapêuticas em Medicina Geral e Familiar acaba por estar menos bem conseguido porque a informação disponível é escassa e dúbia. A minha preocupação em tentar rever todos os aspetos da temática da forma mais completa possível pode, em alguns tópicos, ser uma revisão demasiado extensa.

Discussão

A infertilidade é atualmente considerada pela OMS uma “doença do sistema reprodutivo traduzida pela incapacidade de obter gravidez após 12 meses ou mais de relações sexuais regulares e sem uso de contraceção”. É fundamental ter presente esta definição para diferenciar casos de subfertilidade e infertilidade. A infertilidade é um problema de prevalência significativa, mas com poucos estudos epidemiológicos. Em Portugal, 8,9% das mulheres entre os 25 e os 44 anos foram diagnosticadas como inférteis num dado momento das suas vidas. A infertilidade ronda, em média, os 14% na Europa, com uma incidência global de cerca de 70 milhões.

A avaliação do casal em Medicina Geral e Familiar permite na maior parte das vezes estabelecer um diagnóstico etiológico. Casos mais complexos condicionam a necessidade de referenciar o casal aos cuidados hospitalares para investigações mais detalhadas ou fornecer uma terapêutica adequada. Os novos critérios de referenciação do casal aos cuidados hospitalares deixaram de ter em conta a idade da mulher. O que decide se é feita ou não referenciação é a existência de fatores de risco na história clínica do casal, alterações nos exames complementares ou a vontade do casal. A referenciação precoce é aceite em casos particulares que estão, devidamente, expressos nas orientações da DGS.

O tratamento de alguns casos de infertilidade está ao alcance do médico de família, sob a forma da tecnologia procriativa natural. Esta abordagem, descrita desde 2004, consegue determinar algumas das etiologias da infertilidade e corrigir problemas menos complexos. Este método é uma realidade crescente e totalmente integrada nos cuidados primários de alguns países.

O impacto biopsicossocial da infertilidade justifica o facto da reprodução assistida ser uma das áreas científicas que mais progrediu nas últimas três décadas. Os dados mais recentes

do CNPMA revelam que cerca de 2,2% das crianças nascidas em Portugal, no ano de 2010, são resultado de técnicas de procriação médica.

O médico de família tem um papel preponderante durante todo o processo. Os doentes inférteis são doentes crónicos e com necessidades particulares, pelo que o médico terá que ajustar a sua conduta. Cada vez é mais consensual que deve ser aplicada uma abordagem centrada no casal.

A Medicina Geral e Familiar tem ao seu alcance diversas ferramentas que possibilitam a diminuição da incidência da infertilidade. As consultas de planeamento familiar são um momento ideal para a educação sexual dos pacientes desde a adolescência. A sensibilização para a prevenção de infeções sexualmente transmissíveis e o rastreio do cancro do colo do útero permitem alertar os indivíduos para os fatores de risco reprodutivo. As consultas de saúde infantil desde o nascimento até aos 18 anos, as consultas de planeamento familiar, a consulta preconcepcional e os exames periódicos de saúde dão a oportunidade de selecionar casos de risco reprodutivo e que beneficiam de uma intervenção precoce.

A infertilidade é um tema que desperta cada vez mais interesse por parte da sociedade e da opinião pública. O impacto estatístico é significativamente grande, mas não é apenas a nível epidemiológico que o problema é relevante. A infertilidade é um problema sociocultural muito antes de ser um problema físico, psicológico e emocional.

São necessários estudos que demonstrem as razões porque mais casais portugueses inférteis não recorrem à Medicina Geral e Familiar. Ao perceber junto dos médicos de família o que pode e deve ser melhorado na abordagem, nomeadamente, se as linhas de orientação existentes são suficientes e exequíveis e se a rede de referenciação atual é a mais indicada, é possível contribuir para a melhoria dos serviços prestados. A formação diferenciada destes clínicos é outro aspeto a considerar. Programas educacionais que tornem estes clínicos

seguros das suas aptidões em prevenir, diagnosticar, tratar e seguir casos de infertilidade seriam úteis. Mais estudos epidemiológicos e etiológicos na comunidade portuguesa seriam uma mais valia para tentar controlar as causas preveníveis ou adquiridas.

Agradecimentos

Os meus sinceros agradecimentos à Dr^a Fátima Branco, minha coorientadora, por toda a ajuda e disponibilidade prestadas durante a elaboração desta tese. Particularmente, no que diz respeito à sugestão da estrutura do trabalho e por ter encetado todos os esforços para assegurar o carácter científico deste artigo de revisão.

Agradeço ao casal que colaborou comigo para a elaboração do caso clínico, pela disponibilidade, simpatia e interesse demonstrados.

Os meus agradecimentos finais são dirigidos aos meus pais pelo apoio ao longo de todo o meu percurso académico.

Referências Bibliográficas

Adamson D, Chang RJ, DeCherney AH, Fritz MA, Younger B. A Model for Initial Care of the Infertile Couple. *JRM* 2001;46(4 Suppl):409-426.

Associação Portuguesa de Fertilidade (2011). “Barrigas de Aluguer”? Só por razões de doença. [em linha]. Associação Portuguesa de Fertilidade (APF) *Web site*. Acedido Setembro 20, 2012, em <http://www.apfertilidade.org/web/noticias-e-destaques/330-barrigas-de-aluguerq-so-por-razoas-de-doenca>.

Associação Portuguesa de Fertilidade (2011). “APF «chocada» com pagamentos de doação de sémen [em linha]. Associação Portuguesa de Fertilidade (APF) *Web site*. Acedido Setembro 30, 2012, em <http://www.apfertilidade.org/web/noticias-e-destaques/347-apf-lchocadar-com-pagamentos-de-doacao-de-semen>.

Agarwal A, Singh A, Hamada A, Kesari K. Cell Phones and Male Infertility: A Review of Recent Innovations in Technology and Consequences. *International Braz J Urol* 2011; **37(4)**; 432-454.

Bagshawe A, Taylor A. ABC of subfertility. Counselling. *BMJ* 2003;**327**;1038-1040.

Bansal S. Sexual dysfunction in hypertensive men: A critical review of the literature. *Hypertension* 1988; **12**; 1-10.

Boivin J, Appleton TC, Baetens P, Baron J, Bitzer J, Corrigan E, Daniels KR, Darwish J, Guerra-Diaz D, Hammar M et al. Linhas de orientação for counselling in infertility: outline version. *Hum Reprod* 2001;**16**;1301-1304.

Brandes M, Hamilton CJCM, van der Steen JOM, de Bruin JP, Bots RSGM, Nelen WLDM, Kremer JAM. Unexplained infertility: overall ongoing pregnancy rate and mode of conception. *Hum Reprod* 2011;**26**;360-368.

Brosens I, Gordts S, Valkenburg M, Puttemans P, Campo R, Gordts S. Investigation of the infertile couple: when is the appropriate time to explore female infertility? *Hum Reprod* 2004;**19**;1689-1692.

Buckett W, Bentick B. The epidemiology of infertility in a rural population. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997;**76**; 233-237.

Bulletti C, Coccia ME, Battistoni S, Borini A. Endometriosis and infertility. *J Assist Reprod Genet* 2010; **27**;441-447.

Caníço H, Bairrada P, Rodríguez E, Carvalho A. (2010). *Novos Tipos de Família. Plano de Cuidados*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Carvalho JLS, Santos A. Estudo AFRODITE. Caracterização da Infertilidade em Portugal. Estudo na Comunidade. 2009:8-58.

Case AM. Infertility evaluation and management. Strategies for family physicians. *Can Fam Physician* 2003;**49**;1465-1472.

Centro Nacional de Procriação Medicamente Assistida. (2012). Relatório de Atividade Desenvolvida pelos Centros de PMA em 2010. Retirado de http://www.cnpma.org.pt/Docs/RELATORIO_ATIVIDADE_PMA2010.pdf.

Chachamovich J, Chachamovich E, Fleck MP, Cordova FP, Knauth D, Passos E. Congruence of quality of life among infertile men and women: findings from a couple-based study. *Hum Reprod* 2009;**24**;2151-2157.

Chang SW, Fine R, Siegel D, Chesney M, Black D, Hulley SB. The impact of diuretic therapy on reported sexual function. *Arch Intern Med* 1991;**151**:2402-2408.

Circular Normativa 18/2011/UOFC para Instituições Hospitalares e Unidades Locais de Saúde. 22 de Julho de 2011. Administração Central do Sistema de Saúde.

Delgado MJC. (2007). *O Desejo de ter um filho... as vivências do casal infértil*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta, Lisboa.

Despacho n.º 14788/2008. *Diário da República n.º 102 – II Série*. Ministério da Saúde.

Despacho n.º 10910/2009 de 22 de Abril. *Diário da República n.º 83 – II Série*. Ministério da Saúde.

Devroey P, Fauser BCJM, Diedrich K on behalf of the Evian Annual Reproduction (EVAR). Approaches to improve the diagnosis and management of infertility. Workshop Group 2008. *Hum Reprod* 2009;**15**:391-408.

Direção Geral de Saúde. (2006). Circular Normativa sobre Prestação de Cuidados Pré-concepcionais. Retirado de <http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/projectos/crsmca/ucf/Documents/hospitais/vertente1/legislacao/circular-es%20normativas%20dgs/PRESTA%C3%87%C3%83O%20CUIDADOS%20PR%C3%89-CONCEPCIONAIS%20de%2016%20de%20JAN%202006.pdf>.

Direção Geral de Saúde. (2008). Saúde Reprodutiva: Planeamento Familiar. Retirado de http://www.spdc.pt/files/publicacoes/11230_2.pdf.

Direção Geral de Saúde. (2011). Norma sobre a Conduta em Infertilidade para os Cuidados de Saúde Primários. Retirado de <http://www.arscentro.min->

saude.pt/Institucional/projectos/crsmca/noc/Documents/saude%20materna/1%20Conduta%20em%20Infertilidade%20de%202011.pdf.

Drosdzol A, Skrzypulec V. Quality of life and sexual functioning of Polish infertile couples. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2008;**13(3)**:271-281.

ESHRE Capri Workshop Group. Fertility and ageing. *Hum Reprod Update* 2005;**11**:261-276.

Fechner AJ, McGovern PG. The state of the art of *in vitro* fertilization. *Front Biosci* 2011;**3**:264-278.

Ferlin A, Arredi B, Foresta C. Genetic causes of male infertility. *Reprod Toxicol* 2006;**22**:133-141.

Freire EAM, Nepomuceno JCA, Maia IO, Ciconelli RM. Doenças Reumáticas e Infertilidade Masculina. *Ver Bras Reumatol* 2006;46(suppl 1):12-20.

Freitas M, Siqueira AAF, Segre CAM. Avanços em Reprodução Assistida. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum.* 2008;**18(1)**:93-97.

Gianaroli L, Geraedts J, Veiga A, Brown S. The ‘Father of IVF’ and a Founding Father of ESHRE. *Hum Reprod* 2010;**25**:2933-2935.

Gnoth C, Godehardt E, Frank-Herrmann P, Friol K, Tigges J, Freundl G. Definition and prevalence of subfertility and infertility. *Hum Reprod* 2005;**20**:1144-1147.

Gomes, LF. A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral/Medicina Familiar). *Rev Port Clin Geral* 2005;**21**:511-516.

Golombok S, Brewaeys A, Cook R, Giavazzi MT, Guerra D, Mantovani A, van Hall E, Crosignani PG, Dexeus S. The European study of assisted reproduction families: family functioning and child development. *Hum Reprod* 1996;**11**:2324-2331.

Greil AL, Slauson-Blevins K, McQuillan J. The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociol Health Ill* 2010;**32**;140-162.

Hargreave TB, Mills JA. Investigating and managing infertility in general practice. *BMJ* 1998;**316**;1438-1441.

Hassa H, Ayranci U, Unluoglu I, Metintas S, Unsal A. Attitudes to and management of fertility among primary health care physicians in Turkey: An epidemiological study. *BMC Public Health* 2005;**5**:33.

Homan GF, Davies M, Norman R. The impact of lifestyle factors on reproductive performance in the general population and those undergoing infertility treatment: a review. *Hum Repro Update* 2007;**13**;209–223.

Kasturi SS, Tannir J, Brannigan RE. The Metabolic Syndrome and Male Infertility. *J Androl*. 2008;**29**;251–259.

Khaund A, Lumsden MA. Impact of fibroids on reproductive function. *Best Pract Res Cl Obs* 2008; **22**;749–760.

Kolodny, RC. Effects of alpha-methyldopa on male sexual function. *Sex Disabil*;**(1)**;223-227.

Kussler AP, Coitinho AS. Técnicas de reprodução assistida no tratamento da infertilidade. *RBAC* 2008;**40(4)**;313-315.

Leal F. Transmissão de más notícias. *Rev Port Clin Geral* 2003;**19**;40-3.

Lei n.º 32/2006 de 26 de Julho. *Diário da República n.º 143 – I série*. Ministério da Saúde.

Lorinaux DL, Menard R, Taylor A, Pita JC, Santen R. Spironolactone and endocrine dysfunction. *Ann Intern Med* 1976;**85**; 630-636.

Maheshwari A, Griffiths S, Bhattacharya S. Global variations in the uptake of single embryo transfer. *Hum Repro Update* 2011;**17**;107–120.

Mukhopadhaya N, Asante GP, Manyonda IT. Uterine fibroids: impact on fertility and pregnancy loss. *Obstet Gynecol Reprod Med* 2007;**17**;311-317.

National Institute for Clinical Excellence Fertility: assesement and treatment for people with fertility problems (update). (2012). Retirado de <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12157/59278/59278.pdf>.

Olsen J, Basso O, Spinelli A, Küppers-chinnow M. Correlates of care seeking for infertility treatment in Europe. Implications for health services and research. *Eur J Public Health* 1998;8;15-20.

Ombelet W, Cooke I, Dyer S, Serour G, Devroey P. Infertility and the provision of infertility medical services in developing countries. *Hum Reprod Update* 2008;**14**;605-621.

Osman, AA. Management of Infertility within Primary Health Care Program in Sudan. *Asian J. Sci. Res.* 2011;**4**(2);158-164.

Pellati D, Mylonakis I, Bertoloni G, Fiore C, Andrisani A, Ambrosini G, Armanini D. Genital tract infections and infertility. *Eur J Obstet Gyn R B* 2008;**140**;3–11.

Portaria n.º 67/2011 de 4 de Fevereiro. *Diário da República n.º 25- I Série*. Ministério da Saúde.

Repokari L, Punamäki RL, Unkila-Kallio L, Vilska S, Poikkeus P, Sinkkonen J, Almqvist F, Tiitinen A, Tulppala M. Infertility treatment and marital relationships: a 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. *Hum Reprod* 2007;**22**;1481-1491.

Rosen R, Lane R, Menza M. Effects of SSRIs on Sexual Function: A Critical Review. *J Clin Pharmacol* 1999;**19**;67-85.

Rostad B, Schei B, Sundby J. Fertility in Norwegian women: results from a population based health survey. *Scand J Public Health*. 2006;34(1);5-10.

Roupa Z, Polikandrioti M, Sotiropoulou P, Faros E, Koulouri A, Wozniak G, Gourni M. Causes of infertility in women at reproductive age. *HSJ* 2009;**3(2)**;80-87.

Schmidt L, Münster K. Infertility, involuntary infecundity, and the seeking of medical advice in industrialized countries 1970-1992: a review of concepts, measurements and results. *Hum Reprod* 1995;**10**;1407-1418.

Schmidt L, Holstein BE, Boivin J, Sångren H, Tjørnhøj-Thomsen T, Blaabjerg J, Hald F, Andersen AN, Rasmussen PE. *Hum Reprod* 2003;**18**;628-637.

Schmittiel JA, Shortell SM, Rundall TG, Bodenheimer T, Selby JV. Effect of Primary Health Care Orientation on Chronic Care Management. *Ann Fam Med* 2006;4;117-123.

Sharma S, Mittal S, Aggarwal P. Management of infertility in low resource countries. *BJOG* 2009;**116**(Suppl. 1):77-83.

Sills ES. Re: Outcomes From Treatment of Infertility With Natural Procreative Technology in an Irish General Practice. *J Am Board Fam Med* 2009;**22**;94-95.

Soares SR, Simon C, Remohí J, Pellicer A. Cigarette smoking affects uterine receptiveness. *Hum Reprod* 2007;**22**;543-547.

Souter VL, Penney G, Gorman DR. A survey of infertility practices in primary care in Scotland. *Brit J Gen Pract* 1997;**47**;727-728.

Sousa, JC. A Doença Crónica e o desafio da Comorbilidade. *Rev Port Clin Geral* 2005;21;533-534.

Stanford JB, Parnell TA, Boyle PC. Outcomes From Treatment of Infertility With Natural Procreative Technology in an Irish General Practice. *J Am Board Fam Med* 2008;21;375–384.

Teixeira A, Calejo L, Vasconcellos G, Rocha G, Centeno MJ, Guimarães H. Recém-nascidos de reprodução medicamente assistida. *Acta Med Port* 2005;18;409-416.

Tham E, Schliep K, Stanford J. Natural procreative technology for infertility and recurrent miscarriage. Outcomes in a Canadian family practice. *Can Fam Physician* 2012;58;267-274.

Tremellen K. Oxidative stress and male infertility—a clinical perspective. *Hum Reprod Update* 2008;14;243-258.

Unuane D, Tournaye H, Velkeniers B, Poppe K. Endocrine disorders & female infertility. *Best Pract Res Cl En* 2011;25;861–873.

Terävä A, Gissler M, Hemminki E, Luoto R. Infertility and the use of infertility treatment in Finland: Prevalence and socio-demographic determinants 1992-2004. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2008;136(1); 61-6.

Van Dijk-de Vries A, Moser A, Mertens VC, van der Linden J, van der Weijden T, van Eijk JTM. The ideal of biopsychosocial chronic care: How to make it real? A qualitative study among Dutch stakeholders. *BMC Family Practice* 2012;13:14.

Vela G, Luna M , Sandler B, Copperman AB. Advances and Controversies in Assisted Reproductive Technology. *Mt Sinai J Med.* 2009;76;506–520.

Whitman-Elia GF, Baxley EG. A Primary Care Approach to the Infertile Couple. *J Am Board Fam Pract* 2001;14;33-45.

Wilkes S, Hall N, Crosland A, Murdoch A, Rubin, G. General practitioners' perceptions and attitudes to infertility management in primary care: focus group study. *J Eval Clin Pract* 2007;**13**;358-363.

Wilkes S, Murdoch A, Steen N, Wilsdon J, Rubin G. Open Access Tubal aSsessment for the initial management of infertility in general practice (the OATS trial): a pragmatic cluster randomised controlled trial. *Br J Gen Pract* 2009;**59**;329-335.

Wonga WY, Zielhuisb GA, Thomasa CMG, Merkusa HMWM, Steegers-Theunissen RPM. New evidence of the influence of exogenous and endogenous factors on sperm count in man. *Eur J Obstet Gyn R B* 2003;**110**;49-54.

Yli-Kuha AN, Gissler M, Klemetti R, Luoto R, Koivisto E, Hemminki E. Psychiatric disorders leading to hospitalization before and after infertility treatments. *Hum Reprod* 2010;**25**;2018-2033.

Yovich JL. A clinician's personal view of assisted reproductive technology over 35 years. *Reprod Biol* 2011;11(Suppl. 3):31-42.

Zegers-Hochschild F, Adamson GD, Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, Sullivan E, van der Poel S on behalf of ICMART and WHO. The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology, 2009. *Hum Reprod* 2009;**24**;2683-2687.

Normas Editoriais

Human Reproduction Update

A revista científica que serve de base a esta revisão da literatura é a Human Reproduction Update e as orientações para autores podem ser consultadas na página do Oxford Journals em http://www.oxfordjournals.org/our_journals/humupd/for_authors/general.html (consultado a 20 de Agosto de 2012).

Os aspetos mais importantes das linhas de orientação para a preparação dos artigos de revisão são:

1. Título com menos de 25 palavras.
2. Incluir uma tabela de conteúdos no início do manuscrito.

MANUSCRIPT STRUCTURE (LISTED IN ORDER OF APPEARANCE ON THE MANUSCRIPT)

TITLE

Should not exceed 25 words and should be specific and informative.

RUNNING TITLE

Should not exceed 50 characters.

AUTHORS

Give initials and family name of all authors. Declaration of Authors' roles is required at submission and this information will be listed for each author on the title page of the paper (refer to the section 'To accompany manuscript at submission' above for more details regarding authorship).

ADDRESS

The department, institution, city and country should be given with postal code for each author. An e-mail address will be published for the corresponding author, who should be clearly identified. Current addresses should be provided for all authors.

TABLE OF CONTENTS

A concise Table of Contents should include the first order headings used throughout the manuscript.

3. Resumo ou Abstract com menos de 250 palavras.
4. Até 5 palavras-chave.

ABSTRACT

The abstract should be a single paragraph of not more than 250 words which clearly summarizes the findings of the manuscript. Note that online abstracts are published for viewing in isolation to the main body of the manuscript and should be self explanatory.

The following structured headings should be used to divide the text of abstracts: BACKGROUND, METHODS, RESULTS and CONCLUSIONS. All reviews should clearly describe within the BACKGROUND section the background and objective of the study. The METHODS section should state the search criteria and criteria for inclusion of studies. Systematic reviews should state the number of studies reviewed and selected and the meta-analytic methods used, if any. The RESULTS section should be a succinct synthesis of the information from the relevant studies. Main results should be expressed wherever possible as absolute numbers and differences with numbers needed to treat or harm, all with confidence intervals.. The CONCLUSION section of the abstract should encapsulate the authors' interpretation of the findings. Citations should not appear in the abstract.

KEY WORDS

Up to five key words must be supplied by the author. The key words, together with the title and abstract, are used for online searches. They should therefore be specific and relevant to the paper.

5. Estruturação do artigo em resumo/abstract, introdução, métodos, resultados, discussão e agradecimentos.
6. As referências bibliográficas são citadas no texto pelo nome do autor e ano e seguem o estilo de Harvard.

REFERENCE CITATIONS WITHIN THE TEXT

Authors are responsible for the accuracy of the references. Each reference should be cited by author and date. If there are two authors please list both, if more than two please use first author then et al. Permission to cite personal communications (J.Smith, personal communication) should be obtained by the corresponding author. Unpublished data should be cited as (unpublished data) and should not be included in the reference list. Either of the above should be used only when essential.

References to papers accepted for publication, but not yet published, should be cited as such in the reference list e.g. Bloggs A (2007) In vitro fertilization. Hum Reprod, in press.

Papers published in Advance Access are citeable using the DOI and publication date. An example of an Advance Access citation is given below:

Gilad, Y. and Lancet, D. Population Differences in the Human Functional Olfactory Repertoire. Mol. Biol. Evol. Advance Access published March 5, 2003, doi:10.1093/molbev/msg013

The same paper in its final form would be cited:

Gilad, Y. and Lancet, D. Population Differences in the Human Functional Olfactory Repertoire. Mol Biol Evol 2003; 20: 307-314. First published March 5, 2003, doi:10.1093/molbev/msg013

REFERENCE LIST

Please use the following style. Note that correct punctuation and journal abbreviations must be used in order to run the search programs used to edit the manuscript. Incorrectly types references take a lot of time to correct, for which we reserve the right to charge. Up to 10 authors should be included after which et al. should be used. Refer to the following examples.

Authors. Title. *Journal* date: **issue**; pg-pg

Biggers JD, McGinnis LK. Evidence that glucose is not always an inhibitor of mouse preimplantation development in vitro. *Hum Reprod* 2001;**16**;153-163.

Gekas J, Thepot F, Turleau C, Siffroi JP, Dadaoune JP, Briault S, Rio M, Bourouillou G, Carre Pigeon F, Wasels R et al. Chromosomal factors of infertility in candidate couples for ICSI: an equal risk of constitutional aberrations in women and men. *Hum Reprod* 2001;**16**; 82-90.

Elliot WH, Elliot DC. *Biochemistry and Molecular Biology*. 2nd edn, 2001. Oxford University Press, Oxford, UK.

Warren MA, Li TC, Klentzeris D. Cell biology of the endometrium: histology, cell types and menstrual changes. In Chard T and Grudzinskas JG (eds) *The Uterus*. 1994. Press Syndicate of the University of Cambridge, Cambridge, UK, pp.94-125.

7. As tabelas devem estar referidas em numeração romana. De preferência não devem exceder mais do que três, mas caso isso aconteça são publicadas apenas na versão online.

TABLES

Each table should be numbered consecutively with Roman numerals. Please avoid complex constructions. Each item of data should be in a separate cell and should be produced using Word or Excel format. Each table should be self explanatory and include a brief descriptive title. Footnotes to the table indicated by superscript lowercase letters are acceptable but should not include extensive detail. References to the tables in the text should be indicated in the margins and referenced sequentially as Table I, II etc. Where more than three tables are submitted there is a possibility that some tables may be published only on the journal's website.

FIGURE LEGENDS

Each legend must be self contained, with all symbols and abbreviations used in the figure defined. Care should be taken to present data clearly and without unnecessary descriptive detail (e.g Forest plots)

Tirando estas regras específicas da revista, a tese segue as normas estabelecidas pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra no que concerne a:

1. Total de palavras inferior a 15 000, sem contabilizar as referências bibliográficas.

2. Menos de 120 referências bibliográficas.
3. Conclusão/Discussão com menos de 2000 palavras.
4. A Introdução não excede as 600 palavras.

Anexos

Anexo I

Escala de Notação Social das Famílias (Graffard Adaptada)

<u>CRITÉRIOS</u>		<u>Grau</u>
Profissão	licenciados profissionais com títulos universitários	1
Instrução	ensino universitário ou equivalente	1
Fonte principal de rendimentos	os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo	3
Tipo de habitação	casas ou andares modestos bem construídos e em bom estado de conservação, bem iluminados e arejados, com cozinha e casa de banho	3
Local de residência	bairro residencial bom, de ruas largas com casas confortáveis e bem conservadas.	2
<u>TOTAL</u>	<u>classe II: classe média-alta</u>	10

Anexo II

Genograma e psicofigura de Mitchell

Legenda:

	fumador
	infertilidade
	faleceu num acidente de viação
	morte neonatal
	alcoolismo
	divórcio
	união de facto
	indivíduo em estudo
	relação boa/ harmoniosa

AA - apendicite aguda

DM 2 – diabetes mellitus tipo 2

EAM – enfarte agudo do miocárdio

FM – fibroadenoma mamário

HA – hepatite A

HC – hipercolesterolemia

HTA – hipertensão arterial

MU – mioma uterino

NP – neoplasia da próstata

O – osteoporose

P – psoríase

PGE – problemas gastroesofágicos

RA – renite alérgica

RGE – refluxo gastroesofágico

Anexo III

Apgar Familiar de Smilkstein do cônjuge 1

Funções da Família		Grau de Satisfação	Quase Sempre (2 Pontos)	Algumas Vezes (1 Ponto)	Nunca (0 Pontos)
Adaptação	Utilização dos recursos, dentro e fora da família, para a solução de um problema, nomeadamente quando o equilíbrio da família estiver ameaçado durante uma crise.	“Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.”	X		
Relação	Partilha na tomada de decisões e das responsabilidades pelos membros da família.	“Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.”	X		
Crescimento	Maturidade física e emocional e realização conseguida pelos membros da família, através de um mútuo apoio e orientação.	“Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.”	X		
Afeto	Relação de cuidados ou ternura que existem entre os membros da família.	“Estou satisfeito como o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como: irritação, pesar e amor.”	X		
Dedicação	Compromisso tomado de dedicar tempo a outros membros da família, encorajando-os física e emocionalmente; implica também uma decisão na partilha de bens.	“Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.”	X		
Total			10		
7 a 10 Pontos		Sugere família altamente funcional			
4 a 6 Pontos		Sugere família com disfunção moderada			
0 a 3 Pontos		Sugere família com disfunção acentuada			

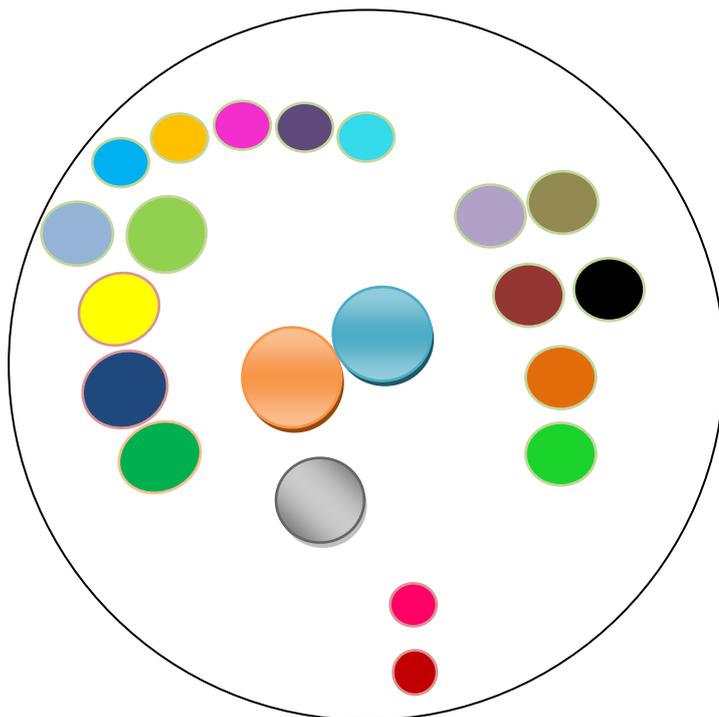
Anexo IV

Apgar Familiar de Smilkstein do cônjuge 2

Funções da Família		Grau de Satisfação	Quase Sempre (2 Pontos)	Algumas Vezes (1 Ponto)	Nunca (0 Pontos)
Adaptação	Utilização dos recursos, dentro e fora da família, para a solução de um problema, nomeadamente quando o equilíbrio da família estiver ameaçado durante uma crise.	“Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.”	X		
Relação	Partilha na tomada de decisões e das responsabilidades pelos membros da família.	“Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.”	X		
Crescimento	Maturidade física e emocional e realização conseguida pelos membros da família, através de um mútuo apoio e orientação.	“Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.”	X		
Afeto	Relação de cuidados ou ternura que existem entre os membros da família.	“Estou satisfeito como o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como: irritação, pesar e amor.”	X		
Dedicação	Compromisso tomado de dedicar tempo a outros membros da família, encorajando-os física e emocionalmente; implica também uma decisão na partilha de bens.	“Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.”	X		
Total			10		
7 a 10 Pontos		Sugere família altamente funcional			
4 a 6 Pontos		Sugere família com disfunção moderada			
0 a 3 Pontos		Sugere família com disfunção acentuada			

Anexo V

Círculo de Thrower do cônjuge 1

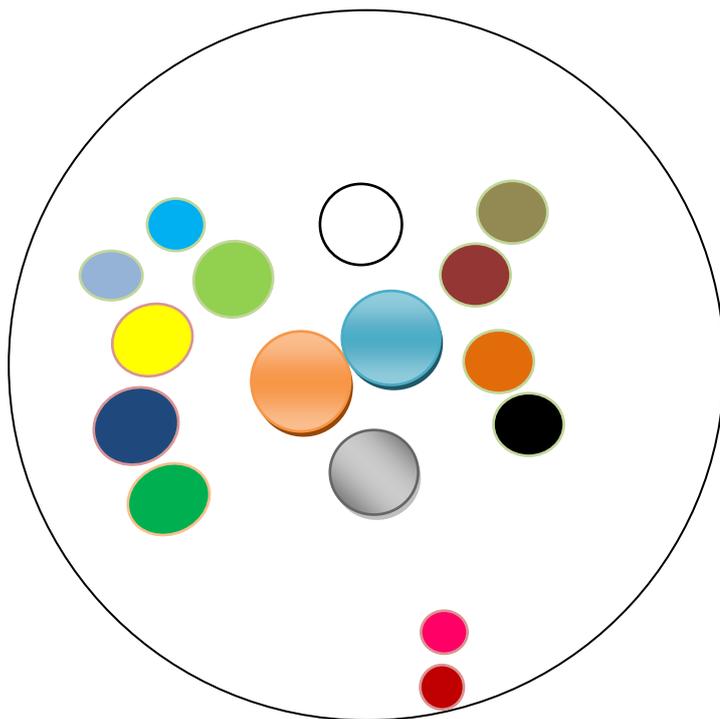


Legenda

-  M. J. A. M. B. (cônjuge 1)
-  J. M. S. B. (cônjuge 2)
-  R. M. (pai do cônjuge 1)
-  L.I. S. B. (irmã do cônjuge 2)
-  E. A. (cunhado do cônjuge 2)
-  O. M. B. (tia materna do cônjuge 1)
-  N. B. (marido da tia do cônjuge 1)
-  H. M. B. (prima do cônjuge 1)
-  S. M. B. (prima do cônjuge 1)
-  O. S. (marido da prima do cônjuge 1)
-  A. S. (marido da prima do cônjuge 1)
-  A. S. Jr (filho da prima do cônjuge 1)
-  S. S. (filha da prima do cônjuge 1)
-  M. S. (filho da prima do cônjuge 1)
-  H. S. (filho da prima do cônjuge 1)
-  M. M. S. B. (irmã do cônjuge 2)
-  I. S. S. B. G. (irmã do cônjuge 2)
-  A. S. B. G. (sobrinha do cônjuge 2)
-  V. B. G. (sobrinha do cônjuge 2)
-  A. S. (cunhado do cônjuge 2)
- J. A. A. G. (cunhado do cônjuge 2)

Anexo VI

Círculo de Thrower do cônjuge 2



Legenda

- M. J. A. M. B. (cônjuge 1)
- J. M. S. B. (cônjuge 2)
- R. M. (pai do cônjuge 1)
- I. S. B. (mãe do cônjuge 2)
- O. M. B. (tia materna do cônjuge 1)
- N. B. (marido da tia do cônjuge 1)
- H. M. B. (prima do cônjuge 1)
- S. M. B. (prima do cônjuge 1)
- O. S. (marido da prima do cônjuge 1)
- A. S. (marido da prima do cônjuge 1)
- M. M. S. B. (irmã do cônjuge 2)
- I. S. S. B. G. (irmã do cônjuge 2)
- A. S. (cunhado do cônjuge 2)
- J. A. A. G. (cunhado do cônjuge 2)
- L.I. S. B. (irmã do cônjuge 2)
- E. A. (cunhado do cônjuge 2)

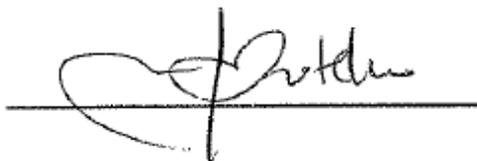
Anexo VII

Consentimento informado do cônjuge 1

**DECLARAÇÃO
CONSENTIMENTO INFORMADO**

Mário José Araújo Maniz Botelho, encarregado de
educação de _____, portador do B.I. nº
8787931 emitido em 13/2/2012 pelo arquivo de P. Delfade
declara ter tomado conhecimento e que foi devidamente esclarecido dos
objectivos de utilização, em trabalho de mestrado da Faculdade de Medicina da
Universidade de Coimbra, dos dados clínicos do seu educando e que autoriza a
utilização dos mesmos para o fim referido.

Coimbra, 16 de Abril de 2012



CONSENTIMENTO INFORMADO

AO DOENTE / REPRESENTANTE

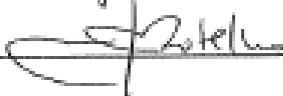
Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações ao médico se não estiver completamente esclarecido. Verifique se todas as informações estão correctas. Se entender que tudo está em conformidade e se estiver de acordo com a proposta que lhe é feita, então assine este documento.

Declaro ter compreendido os objectivos de quanto me foi proposto e explicado pelo médico que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para reflectir sobre esta proposta.

Autorizo a utilização dos meus dados de saúde pessoais, de forma anónima, recolhidos de arquivos clínicos e por contacto directo, para serem presentes em apresentação/publicação de caso clínico _____.

_____ (localidade), 26/04/2012

NOME Maria José Araújo Moura Botelho

Assinatura 

Se não for o doente a assinar:

Nome: _____

BI/CD n.º: _____, data/validade ___/___/___

Morada _____

Grau de parentesco ou tipo de representação: _____

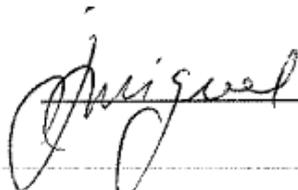
Anexo VIII

Consentimento informado do cônjuge 2

**DECLARAÇÃO
CONSENTIMENTO INFORMADO**

José Miguel Soares Botelho, encarregado de educação de _____, portador do B.I. nº 10220076 emitido em 04/09/06, pelo arquivo de P. Belo, declara ter tomado conhecimento e que foi devidamente esclarecido dos objectivos de utilização, em trabalho de mestrado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, dos dados clínicos do seu educando e que autoriza a utilização dos mesmos para o fim referido.

Coimbra, 16 de Abril de 2012

 _____

CONSENTIMENTO INFORMADO

AO DOENTE / REPRESENTANTE

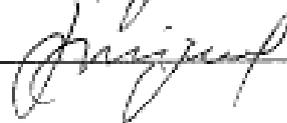
Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações ao médico se não estiver completamente esclarecido. Verifique se todas as informações estão correctas. Se entender que tudo está em conformidade e se estiver de acordo com a proposta que lhe é feita, então assine este documento.

Declaro ter compreendido os objectivos de quanto me foi proposto e explicado pelo médico que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para reflectir sobre esta proposta.

Autorizo a utilização dos meus dados de saúde pessoais, de forma anónima, recolhidos de arquivos clínicos e por contacto directo, para serem presentes em apresentação/publicação de caso clínico _____.

(localidade), 26/04/2012

NOME José Miguel Soares Botelho

Assinatura 

Se não for o doente a assinar:

Nome: _____

BI/CD n.º: _____, data/validade ___/___/___

Morada _____

Grau de parentesco ou tipo de representação: _____