

PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO PARA INFERTILIDADE

O protocolo de Infertilidade será publicado *ad referendum* conforme resolução CIB/RS 764/2014. As informações solicitadas nos protocolos são de presença obrigatória, e têm como objetivo determinar se o casal necessita do encaminhamento para o especialista e definir a prioridade do encaminhamento.

Ressaltamos que outras situações clínicas, ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes, podem justificar a necessidade de encaminhamento, e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas.

Os pacientes serão avaliados em serviços ambulatoriais de complexidades diferentes, conforme a necessidade de investigação e provável indicação de tratamento. Os serviços regulados pelo Complexo Regulador Ambulatorial do Rio Grande do Sul (CRA/RS) não dispõe de banco de gametas, logo não é possível fornecer tratamento para algumas condições como falência ovariana precoce, casal sorodiscordante para sorologia viral, casal homoafetivo e mulher sem parceiro.

Atenção: oriente o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos que está utilizando e os exames complementares realizados recentemente.

Publicado em 27 de março de 2017.

Revisado em 27 de abril de 2017.

Coordenação Geral
Marcelo Rodrigues Gonçalves

Organizadores:
Marcelo Rodrigues Gonçalves
Milena Rodrigues Agostinho
Natan Katz

Autores:
Ana Cláudia Magnus Martins
Andrea Prestes Nacul
Dimitris Rucks Varvaki Rados
Eduardo Pandolfi Passos
Ellen Machado Arlindo
Elise Botteselle de Oliveira
Erno Harzheim
Josué Basso
Guilherme Behrend Silva Ribeiro
Milena Rodrigues Agostinho
Natan Katz
Sérgio Martins Costa
Rudi Roman

Revisão de texto:
Ana Célia da Silva Siqueira
Letícia Nolde Melo
Rosely de Andrades Vargas

Projeto Gráfico, Design e capa:
Luis Felipe Telles

Diagramação:
Luis Felipe Telles
Carolyn Vasques Cabral

TelessaúdeRS-UFRGS 2017
Porto Alegre – RS.

Protocolo – Infertilidade

O encaminhamento do casal para ambulatório de Ginecologia-Infertilidade é feito com o nome da mulher, mesmo que seja por fator masculino comprovado. O encaminhamento para ambulatório de Andrologia é feito com o nome do homem.

Não há disponibilidade de acompanhamento das seguintes condições em ambulatórios de infertilidade regulados pelo CRA/RS:

- falência ovariana precoce/ooforectomia bilateral (visto ausência de banco de óvulos); **ou**
- casal sorodiscordante (HIV, HBsAg, HCV ou HTLV I/II); **ou**
- mulher sem parceiro ou casal homoafetivo (visto ausência de banco de gametas).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ginecologia infertilidade (ambulatório de infertilidade – complexidade I):

Ambulatórios de complexidade I – destinados para investigação inicial de infertilidade e tratamento de condições cirúrgicas, síndrome de ovário policístico e indução de ovulação (sem fertilização in vitro).

- mulheres com idade inferior a 30 anos e com:
 - história de abortamento recorrente (perda espontânea e consecutiva de três ou mais gestações antes da 20ª semana); **ou**
 - fator anatômico feminino com possibilidade de intervenção cirúrgica para corrigir infertilidade (útero bicornio, miomatose grave, endometriose, obstrução tubária); **ou**
 - distúrbio ovulatório (exceto falência ovariana precoce); **ou**
 - mulheres que não gestaram após acompanhamento inicial por um ano e que apresentam investigação inconclusiva (ver quadro 1 no anexo); **ou**
- mulheres com 36 anos ou mais que não gestaram após 6 meses de acompanhamento na APS; **ou**
- mulheres que desejam reversão de laqueadura tubária.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ginecologia infertilidade (ambulatório de infertilidade – complexidade II – potencial indicação de FIV):

Ambulatórios de complexidade II – esses prestadores serão utilizados por mulheres que já tenham uma potencial indicação de fertilização in vitro, após investigação em ambulatórios de complexidade I, ou por mulheres com idade entre 30 e 35 anos.

- mulheres com idade inferior a 30 anos e com:
 - fator anatômico feminino com potencial indicação de fertilização in vitro (fator tubário – salpingectomia bilateral ou obstrução em exame de imagem, endometriose III/IV por laudo laparoscópico, laqueadura tubária sem possibilidade de reversão); **ou**
 - parceiro com azoospermia (sem vasectomia prévia) ou oligospermia (sem varicocele clínica¹).

- mulheres com idade maior ou igual a 30 anos e menor ou igual a 35 anos e com:
 - fator anatômico feminino identificado em investigação inicial (útero bicorno, miomatose grave, endometriose, fator tubário); **ou**
 - história de abortamento recorrente (perda espontânea e consecutiva de três ou mais gestações antes da 20ª semana); **ou**
 - distúrbio ovulatório (exceto falência ovariana precoce); **ou**
 - investigação de infertilidade inconclusiva na APS (ver quadro 1 no anexo), independente do tempo de acompanhamento; **ou**
 - parceiro com azoospermia (não secundária a vasectomia prévia) ou oligospermia (independentemente se associada à varicocele clínica¹). Encaminhar também o parceiro para serviço de andrologia.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Andrologia:

- homem com varicocele clínica¹ associada à oligospermia; **ou**
- homem com azoospermia ou outras alterações em espermograma (ver quadro 2 no anexo) que deseja realizar investigação etiológica para infertilidade; **ou**
- homem que deseja reversão de vasectomia.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. tempo que o casal está tentando gestar;
2. avaliação clínica da mulher com descrição de ciclo menstrual, IMC, sinais de hiperandrogenismo (hirsutismo, acne), galactorreia, história gestacional prévia (abortamento, gravidez ectópica), laqueadura, comorbidades como síndrome dos ovários policísticos, endometriose, radiação pélvica ou ooforectomia;
3. avaliação clínica do homem com história de filhos prévios, distúrbios de ereção ou ejaculação, presença de varicocele clinicamente identificada ou realização de vasectomia prévia;
4. exames laboratoriais do casal, com data (ver quadro 1 no anexo);
5. resultado de exames de imagem (histerosalpingografia, ecografia transvaginal) ou laparoscopia, com data, se realizado;
6. tratamento (farmacológico ou não farmacológico) realizado para infertilidade;
7. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

1 – Define-se varicocele clínica quando é possível identificá-la visualmente ou na palpação de bolsa escrotal quando o paciente for examinado em posição ortostática (em pé). Também pode ser definida por parâmetros ultrassonográficos: diâmetro venoso > 2,45 mm em repouso ou 2,95 mm durante manobra de Valsava.

Referências

- DUNCAN, B. B. et al (Org.). **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org). **Tratado de medicina de família e comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- KUOHUNG, W.; HORNSTEIN, M. D. **Evaluation of female infertility**. Waltham (MA): UpToDate, 2016. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-female-infertility>>. Acesso em: 20 mar. 2017.
- KUOHUNG, W.; HORNSTEIN, M. D. **Overview of infertility**. Waltham (MA): UpToDate, 2016. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/overview-of-infertility>>. Acesso em: 20 mar. 2017.
- MCINTYRE, M.; HSIEH, T. C.; LIPSHULTZ, L. Varicocele repair in the era of modern assisted reproductive techniques. **Current Opinion in Urology**, London, v. 22, n. 6, p. 517-20, 2012.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Fertility: assessment and treatment for people with fertility problems**. NICE Clinical Guideline, London, v. 156, 2013 [atualizado em: ago. 2016]. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/CG156>>. Acesso em: 20 mar. 2017.
- NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR WOMEN'S AND CHILDREN'S HEALTH. **Fertility: Assessment and treatment for people with fertility problems**. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2013.
- PILATZ, A. et al. Color Doppler ultrasound imaging in varicoceles: is the venous diameter sufficient for predicting clinical and subclinical varicocele? **World Journal of Urology**, New York, v. 29, n. 5, p. 645-50, 2011.
- PRACTICE COMMITTEE OF THE AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE; SOCIETY FOR MALE REPRODUCTION AND UROLOGY. Report on varicocele and infertility: a committee opinion. **Fertility and Sterility**, New York, v. 102, n. 6, p. 1556-60, 2014.
- SMITH, A. D. et al. Live-birth rate associated with repeat in vitro fertilization treatment cycles. **JAMA**, Chicago, v. 314, n. 24, p. 2654-62, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4934614/>>. Acesso em: 20 mar. 2017.
- SWERDLOFF, R. S., WANG, C. **Causes of male infertility**. Waltham (MA): UpToDate, 2014 [atualizado em: Jan. 2016]. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/causes-of-male-infertility>>. Acesso em: 20 mar. 2017.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Reproductive Health and Research. **WHO laboratory manual for the examination and processing of human semen**. 5th ed. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44261/1/9789241547789_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 20 mar. 2017.

Anexos – Quadro auxiliar

Quadro 1 – Avaliação de Infertilidade na Atenção Primária à Saúde

<p>Definição</p> <p>Incapacidade do casal gestar após 12 meses de relação sexual sem métodos contraceptivos, se a mulher tem menos de 35 anos, ou após 6 meses, quando a mulher tem 35 anos ou mais.</p>
<p>Causas comuns</p> <p>Mulher: Sequela de doença inflamatória pélvica, endometriose, síndrome dos ovários policísticos, hiperplasia adrenal congênita tardia, hiperprolactinemia e distúrbios tireoidianos.</p> <p>Homem: Alterações no número, na motilidade e na morfologia dos espermatozoides</p>
<p>Investigação do casal na APS</p> <p>Mulher</p> <p><u>História clínica:</u> tempo de infertilidade, frequência de relação sexual, características do ciclo menstrual, gestações prévias (abortamento, gestação ectópica), obesidade, acne, hirsutismo, galactorreia, fogachos, doenças crônicas (diabetes, distúrbios tireoidianos).</p> <p><u>Exames laboratoriais (todas mulheres):</u> HBsAg, anti-HCV, anti-HIV, rubéola IgG, clamídia IgG, HTLV I/II, VDRL e glicemia de jejum. Demais exames conforme características clínicas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Suspeita de hiperandrogenismo ou SOP: testosterona total, SHBG, 17-hidroxiprogesterona, SDHEA.• Irregularidade menstrual ou amenorreia: TSH, prolactina, FSH, LH, estradiol.• Ciclos regulares e dúvida sobre presença de ovulação: solicitar progesterona sérica de segunda fase entre o 21º a 23º dia do ciclo menstrual. <p><u>Exame de imagem conforme suspeita:</u> ecografia transvaginal (avaliar útero e anexos) e histerossalpingografia (para investigação de fator tubário).</p> <p>Homem</p> <p><u>História clínica:</u> frequência de relação sexual, problemas de ereção ou ejaculação ou uso de lubrificantes. Avaliar se paciente está no estágio 5 de Tanner e se existem alterações escrotais como atrofia testicular, criptorquidia ou varicocele clínica.</p> <p>Define-se varicocele clínica quando é possível identificá-la visualmente ou na palpação de bolsa escrotal quando o paciente for examinado em posição ortostática (em pé). Também pode ser definida por parâmetros ultrassonográficos: diâmetro venoso > 2,45 mm em repouso ou 2,95 mm durante manobra de Valsava.</p> <p><u>Espermograma:</u> Orientar coleta no período de 2 a 7 dias de abstinência sexual. Se houver azoospermia ou oligospermia grave (abaixo de 5 milhões de espermatozoides/ml), repetir espermograma em 2 semanas. Para outros achados anormais, repetir em 3 meses.</p> <p><u>Exames laboratoriais:</u> HbsAg, anti-HCV, anti-HIV, HTLV I/II e VDRL. Se espermograma alterado solicitar testosterona total e FSH.</p> <p><u>Exames de imagem:</u> ecografia de bolsa escrotal com Doppler, se dúvida quanto ao exame físico.</p>

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2017).

Quadro 2. Valores normais de espermograma segundo a Organização Mundial da Saúde, 2010

Parâmetros	Valor de normalidade
Volume	≥ 1.5 mL
pH	≥ 7,2
Concentração	≥ 15 milhões de espermatozoides/mL
Número de espermatozoides	≥ 39 milhões por ejaculação
Motilidade total (PR + NP)	≥ 40%
Motilidade progressiva (PR)	≥ 32%;
Morfologia estrita (KRUGER)	≥ 4%
Vitalidade	≥ 58%

Gradação de Motilidade:

Motilidade progressiva (PR): espermatozoides movimentam-se ativamente com trajetórias e velocidades diversas. A: rápido progressivo (trajetória retilínea). B: lento ou progressivo não-retilíneo (trajetórias retilíneas sem velocidade, trajetórias não-retilíneas ou sinuosas).

Motilidade não progressiva (NP): todos os tipos de motilidade com ausência de progressão.

Imóvel (IM): espermatozoides sem movimento (cabeça e cauda imóveis).

Orientar coleta no período de 2 a 7 dias de abstinência sexual. Se houver azoospermia ou oligospermia grave (abaixo de 5 milhões de espermatozoides/ml), repetir espermograma em 2 semanas. Para outros achados anormais, repetir espermograma em 3 meses.

Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010) e NICE (2013).