

Belo Horizonte | 2022

PROTOCOLO

INFERTILIDADE CONJUGAL



PROTOCOLO

INFERTILIDADE CONJUGAL

Organização:

Diretoria de Assistência à Saúde
Gerência de Integração do Cuidado à Saúde

Elaboração:

Ana Cláudia da Silva Araújo
Andréia Ramos Almeida Amaral
Amanda Arantes Perez
Cláudia Navarro Carvalho Duarte Lemos
Cristiane Veiga Pinto Azzi
Daisy Martins Rodrigues
Edmundo Gustavo Cipriano de Araújo

Flávia Luiza Rocha Silva
Lívia Drumond Akl
Maria Alice Viegas Lopes de Oliveira
Maria das Graças Silva Garcia
Renata Mascarenhas Bernardes
Sandra Haueisen Freire Pimenta

Colaboração:

Breno de Souza Botelho
Cláudia Navarro Carvalho Duarte Lemos
Lívia Drumond Akl

Projeto gráfico

Produção Visual - Assessoria de Comunicação Social
Secretaria Municipal de Saúde

APRESENTAÇÃO

Alguns dos aspectos fundamentais da época contemporânea, como a dependência de bens industriais com alto valor agregado e a necessidade de superespecialização profissional, postergam a maternidade para momentos mais tardios da vida da mulher. Nesse contexto, sabe-se que a idade está inversamente relacionada com a fertilidade; portanto o profissional de saúde deve estar atento, orientando corretamente a mulher sobre as chances de sucesso de uma gestação, quando criteriosamente postergada e bem-planejada.

O objetivo deste protocolo é sensibilizar e informar os profissionais da atenção primária à saúde (APS) para o atendimento adequado e a tempo, com encaminhamento oportuno para os níveis de atenção secundária e terciária, quando indicado.

Desejamos uma boa leitura e esperamos contribuir com esclarecimentos sobre assistência em infertilidade conjugal.

Coordenação de Atenção Integral à Saúde da Mulher e Perinatal

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	2
1 .INTRODUÇÃO	5
2 .ABORDAGEM DO CASAL INFÉRTIL	7
2.1 Exames complementares.....	8
2.1.1 Fator tubário.....	8
2.1.2 Fator ovulatório.....	9
2.1.3 Fator cervical.....	10
2.1.4 Fator uterino	11
2.1.5 Fator masculino	12
3 .PERDA GESTACIONAL RECORRENTE (PGR)	13
3.1 Exames complementares.....	13
3.2 Tratamento.....	14
4 .SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS (SOP)	16
4.1 Exames complementares.....	17
4.2 Diagnóstico diferencial	17
4.3 Mudanças do estilo de vida	17
4.4 Resistência à insulina	18
5 .ENDOMETRIOSE.....	19
6 .LEGISLAÇÃO PERTINENTE.....	21

7 .REDE DE ASSISTÊNCIA DA SMSA-BH.....	23
7.1 Nível primário	23
7.1.1 Propedêutica no nível primário	23
7.1.2 Terapêutica no nível primário	24
7.1.3 Encaminhamento para os níveis secundário e terciário	24
7.2 Nível Secundário	25
7.2.1 Terapêutica no nível secundário.....	25
7.2.2 Tratamentos oferecidos no nível secundário.....	25
7.2.3 Encaminhamento para o nível terciário	26
7.3 Nível Terciário	26
7.3.1 Critérios de prioridade para encaminhar à Reprodução Humana....	26
7.3.2 Terapêutica do nível terciário	26
7.3.3 Tratamentos oferecidos no nível terciário	27
7.3.4 Principais enganos ocorridos nos encaminhamentos à Reprodução Humana	27
8 .REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28

1. INTRODUÇÃO

A infertilidade está presente em 15% a 20% dos casais. Entende-se por infertilidade conjugal a não ocorrência de gravidez em casal que mantenha relações sexuais frequentes, sem proteção contraceptiva, pelo período de um ano.

Alguns termos merecem ser esclarecidos em infertilidade:

- Fecundabilidade: probabilidade de alcançar uma gestação em um ciclo menstrual (em torno de 20%);
- Fecundidade: capacidade de alcançar uma gestação a termo em um ciclo menstrual (em torno de 15%);
- Esterilidade: incapacidade de conceber (azoospermia, ausência de útero, entre outros);
- Subfertilidade: casos em que há possibilidade de reversão do quadro (oligoastenozoospermia, anovulação, entre outros).

A chance de alcançar uma gravidez é de:

- 50% em 3 meses;
- 60% em 6 meses;
- 85% em um ano.

Daqueles que não engravidaram no primeiro ano, 92% conceberão no segundo ano. Sabe-se que a mulher apresenta uma queda de aproximadamente 11% da sua fertilidade, para cada ano, após os 30 anos. Diante do exposto, orienta-se iniciar a investigação do casal infértil após, pelo menos, um ano de exposição sexual sem ocorrência de gravidez. A investigação antes de um ano está justificada nas seguintes situações:

- Mulheres com mais de 35 anos;
- Ciclos menstruais irregulares;
- História de doença inflamatória pélvica (DIP);
- Diagnóstico ou suspeita de endometriose;
- Cirurgias abdominais anteriores;
- Problemas masculinos conhecidos.

As causas de infertilidade podem ser divididas em femininas e masculinas, porém a abordagem deve sempre levar em conta o casal.

Causas de infertilidade:

- Fator feminino (35%);
- Fator masculino (30%);
- Ambos os parceiros (20%);
- Infertilidade sem causa aparente – ISCA (15%).

Entre os fatores femininos, pode-se listar:

- Tubário (14%);
- Ovulatório (6%);
- Diminuição da reserva ovariana (RO) ou fator ovariano (6%);
- Endometriose (7%);
- Uterino (1%);
- Múltiplas causas (13%).

A história clínica define a infertilidade como:

- Primária da paciente (paciente que nunca engravidou);
- Primária do casal (paciente nunca engravidou daquele parceiro);
- Secundária (engravidou uma vez, mesmo com outro parceiro).

A abordagem adequada inclui anamnese detalhada e exame físico geral e ginecológico minucioso.

2. ABORDAGEM DO CASAL INFÉRTIL

Anamnese e exame físico

ANAMNESE

Na anamnese, é preciso avaliar:

- Idade;
- Tempo de infertilidade;
- Se a infertilidade é primária ou secundária.

Estes três primeiros aspectos estão relacionados ao prognóstico do tratamento.

Além destes, também têm importância:

- História menstrual (menarca, duração do ciclo, fluxo menstrual, dismenorreia, tensão pré-menstrual, muco);
- História de contracepção prévia;
- História obstétrica (gestações anteriores, abortamentos, curetagens);
- História sexual (disfunções sexuais);
- Frequência de coito (ideal: 2 a 3 vezes por semana);
- Comorbidades (obesidade, hirsutismo, diabetes, alterações de tireoide, patologias autoimunes, hipertensão arterial, outras);
- Cirurgias anteriores (principalmente pélvicas);
- História de internações com dor pélvica, DIP e uso regular de medicamentos;
- Tabagismo, etilismo, uso de maconha e cocaína (promovem distúrbios na pulsatilidade, liberação dos hormônios e queda da espermatogênese).

EXAME FÍSICO

O índice da massa corporal (IMC) é um importante parâmetro que deve ser avaliado na mulher que deseja gestar, reduzindo o risco de complicações obstétricas e fetais;

EXAME PÉLVICO

Deve ser realizado em todas as pacientes (alterações inflamatórias, vulvovaginites, sinais de virilização, hímen íntegro, sinais de DIP).

AValiação DO PARCEIRO

O parceiro deve ser indagado sobre:

- Desenvolvimento puberal;
- Presença de alguma disfunção sexual;
- Passado de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e/ou infecções geniturinárias;
- Histórico de doenças que poderiam cursar com quadros de infertilidade masculina como: caxumba, varicocele, torções testiculares e traumas na região genital, cirurgias pregressas como hernioplastias e vasectomia, presença de infertilidade masculina na família;
- Perguntar sobre o uso de anabolizantes e hormônios masculinos, em algum período da vida, devido à frequente associação com alterações seminais;
- Perguntar sobre uso de drogas, álcool e tabagismo;
- Perguntar se possui filhos e qual a idade do último.

2.1 Exames complementares

A propedêutica básica recomendada considera as principais causas de infertilidade conjugal.

2.1.1 Fator tubário

- Histerossalpingografia (HSG): deve ser realizada na fase folicular do ciclo menstrual (6º a 11º dia do ciclo). É considerado um teste confiável, sensível e não invasivo. Quando utilizado em mulheres de baixo risco para patologias nas trompas, limita o número de laparoscopias desnecessárias. O exame é solicitado nos níveis secundário e terciário.
- Videolaparoscopia (VLP): geralmente, é indicada quando a HSG sugere alteração importante, história de cirurgia pélvica anterior, ISCA, suspeita clínica de endometriose e avaliação para reversão de salpingotripsia. Pode ser solicitado por qualquer médico da atenção primária, através de autorização para internação hospitalar (AIH) cadastrada no centro de saúde (CS).

2.1.2 Fator ovulatório

O ciclo menstrual regular indica que, muito provavelmente, está ocorrendo ovulação. Entretanto, a presença de ovulação pode ser confirmada através do rastreamento de ovulação, com ultrassonografias seriadas. A reserva ovariana (RO) é avaliada através de testes realizados para quantificá-la, porém não se relacionam com a chance de gravidez, nem tampouco com a qualidade oocitária. Fatos estes, diretamente ligados à idade da mulher.

Para avaliação dos distúrbios menstruais, pode-se utilizar as dosagens hormonais de hormônio folículo-estimulante (FSH), hormônio luteinizante (LH) e hormônio antimülleriano (HAM).

NÍVEIS SÉRICOS BASAIS DE FSH E LH

Colhidos no terceiro dia do fluxo menstrual natural, preferencialmente. A relação LH/FSH é importante no diagnóstico etiológico da disfunção, predizendo o tratamento adequado para cada situação. Situações possíveis:

- Hipogonadismo hipogonadotrófico (problemas hipotalâmico-hipofisários): FSH e LH são persistentemente baixos, associados, neste caso, a baixos valores de estradiol (menor que 40 pg/mL).
- Anovulação: LH elevado e FSH normal, principalmente naquelas pacientes portadoras de hirsutismo, obesidade central e acne, a hipótese mais provável seria de Síndrome dos ovários policísticos (SOP). A SOP também pode estar presente na relação normal de LH/FSH, constituindo a anovulação normogonadotrófica e, com frequência, associa-se ao aumento da resistência periférica à insulina.
- Hipogonadismo hipergonadotrófico: níveis de FSH e LH se apresentam persistentemente elevados, associados à diminuição do estradiol sérico. Em mulheres abaixo de 40 anos suspeita-se de insuficiência ovariana prematura (IOP) e, menos comumente, da síndrome do ovário resistente e disgenesia gonadal. Nesse caso é necessária a avaliação do cariótipo da paciente.

HAM

Ao contrário da maioria dos marcadores de reserva folicular, o HAM tem produção exclusiva pelo ovário. O HAM pode estar entre os marcadores mais precoces da diminuição da função ovariana, em contraste com os níveis séricos de FSH, que

só irão sofrer aumento expressivo quando os ciclos menstruais forem irregulares. Valores inferiores ou iguais a 1,0 ng/mL de HAM são altamente preditivos de baixa reserva ovariana e, conseqüentemente, de menor resposta à estimulação ovariana. Os níveis de HAM não são úteis somente para prever as más-responderas ao estímulo ovariano com gonadotrofinas e taxas de cancelamento de ciclo, mas são também indicativos de excesso de resposta e da síndrome da hiperestimulação ovariana. O exame não deve ser rotineiramente solicitado na atenção primária.

CONTAGEM DE FOLÍCULOS ANTRAIS (CFA)

Realizada no início do ciclo menstrual, com a paciente menstruada, através de ultrassonografia transvaginal. Apresenta alta sensibilidade na avaliação da RO.

DOSAGEM SÉRICA DA FUNÇÃO TIREOIDIANA E DA PROLACTINA (PRL)

Alterações tireoidianas e hiperprolactinemia são causas de distúrbios menstruais e o tratamento da patologia de base pode levar à regularização da função ovariana.

2.1.3 Fator cervical

Compreende as malformações, as lesões neoplásicas e benignas (pólipos, miomas, etc.), as infecções diversas e os fatores imunológicos. As alterações anatómicas causadas por procedimentos iatrogênicos ou cirúrgicos também podem contribuir para infertilidade.

TESTE PÓS-COITO (TPC) OU TESTE DE SIMS-HUHNER

Sua finalidade é analisar a receptividade do muco cervical e a habilidade em permitir a sobrevivência e a migração dos espermatozoides em seu conteúdo. Não tem sido utilizado na prática clínica.

2.1.4 Fator uterino

Prejudicam a fertilidade tanto ao interferir no transporte do óvulo por obstrução do óstio tubário quanto prejudicando os processos de implantação.

O diagnóstico de anormalidade uterina é feito principalmente através de exames de imagem.

A HSG e a ultrassonografia transvaginal (USTV) podem suspeitar de malformações müllerianas e outras alterações na cavidade uterina.

A histeroscopia não deve ser oferecida como parte da investigação inicial na atenção primária, porém é um método que permite visualização direta da cavidade uterina e da cérvix, que permite confirmação de achados feitos por outros métodos. Pode também ser utilizada na terapêutica dessas lesões, através de AIH cadastrada no CS.

A VLP e a ressonância magnética (RM) são métodos mais invasivos, de altíssimo custo e necessitam de avaliação criteriosa para sua indicação na propedêutica da infertilidade.

As malformações congênitas variam desde a agenesia de qualquer porção do trato genital inferior associada ou não a malformações renais (Síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser), à presença de septos vaginais ou uterinos, malformações müllerianas como o útero septado (associado mais frequentemente a perdas gestacionais precoces), o unicorno e o bicorno.

Os leiomiomas uterinos são muito frequentes em mulheres no período fértil, mas raramente são a causa da infertilidade. O seu papel como causador de infertilidade depende principalmente da sua localização e seu tamanho, quando podem levar à obstrução ou impedimento do processo de nidação, sendo os miomas submucosos os principais responsáveis.

Os pólipos, exceto os de dimensões extremas, são questionáveis sobre sua capacidade de alterar o prognóstico da fertilidade.

As sinequias, resultantes de processos infecciosos ou procedimentos invasivos, interferem como fator mecânico na implantação embrionária, obstruindo a passagem de gametas, podendo levar à amenorreia.

2.1.5 Fator masculino

O espermograma é a forma inicial de avaliação da causa masculina e é um exame essencial na investigação do casal infértil. Os parâmetros de referência segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) são:

- Volume: 1,5 mL;
- pH: 7,2;
- Concentração espermática (número de espermatozoides/mL): > 15 milhões;
- Total espermatozoides no ejaculado: > 40 milhões;
- Motilidade progressiva (A + B): 32%;
- Vitalidade: 58%;
- Leucócitos: < 1 milhão/mL;
- Morfologia ou formas normais: > 4% (critério estrito de Kruger).

Se o resultado da primeira análise do sêmen é anormal, um teste de confirmação deve ser oferecido e deve ser repetido, idealmente, em 3 meses após o diagnóstico de base para completar o ciclo de formação dos espermatozoides. No entanto, se tiver sido detectada uma alteração seminal importante, como azoospermia ou oligozoospermia severa, a repetição do teste deve ser realizada o mais rapidamente possível. Está disponível e deve ser solicitado como parte da investigação inicial, na atenção primária.

Outros testes (anticorpos espermáticos e fragmentação do DNA) não devem ser oferecidos, pois não há nenhuma evidência de que sejam eficazes para melhorar a fertilidade e modificar o tratamento oferecido.

3. PERDA GESTACIONAL RECORRENTE (PGR)

A perda gestacional é um problema de saúde pública e está associada à morbidade materna e trauma psicológico.

O termo perda gestacional recorrente (PGR) é o mais aceito internacionalmente, engloba qualquer tipo de perda e já deve ser considerado após duas perdas gestacionais. O prognóstico é favorável em boa parte das pacientes, com mais de 50% de chance de nascido vivo. Os dois piores fatores prognósticos são a idade materna e o número de perdas prévias. A maioria dos casos não tem um fator etiológico diagnosticado. O risco de perda aumenta dramaticamente após os 40 anos de idade da mãe. Fumo, consumo de álcool e café em excesso e obesidade devem ser evitados. Idade paterna e níveis de estresse não estão diretamente relacionados às PGR.

3.1 Exames complementares

A história pessoal e familiar deve individualizar a propedêutica.

A análise genética do tecido fetal não é recomendada rotineiramente, servindo para indicar um fator relacional apenas.

O cariótipo dos pais é recomendado, mas a frequência de alterações é baixa.

A pesquisa de Síndrome dos anticorpos antifosfolípidos (SAAF) está indicada (anticoagulante lúpico, anticardiolipina e anti- β 2 glicoproteína) nos casos de PGR.

A pesquisa de trombofilias hereditárias não está rotineiramente indicada, a não ser na presença de história pessoal ou familiar de risco trombótico.

A investigação de anticorpos anti-HY (histocompatibility), teste de citocinas ou polimorfismos de citocinas e avaliação de células NK, seja no sangue periférico ou em tecido endometrial, e anticorpos anti-HLA (human leukocyte antigen) não se justifica rotineiramente.

A presença de anticorpos antinucleares (FAN) tem sido associada à PGR e pode ser considerada a fim de justificar a possível causa, embora não seja claro o seu papel prognóstico.

Recomenda-se uma avaliação da função tireoidiana e anticorpos antitreoperoxidase (anti-TPO).

A avaliação anatômica pode ser feita pela HSG e histeroscopia.

O diagnóstico de insuficiência istmocervical fora do período gestacional é bastante duvidoso e é recomendada a ultrassonografia seriada durante a gestação em casos suspeitos.

Testes de fragmentação de DNA do esperma podem servir para razões explanatórias, mas não há evidências que justifiquem sua determinação rotineira nesses casos.

3.2 Tratamento

Recomenda-se, com base na idade e no número de perdas prévias e eventual história médica precedente, definir prognóstico e aconselhar sobre novas tentativas, independente de medidas terapêuticas.

O apoio psicológico, com abordagem multidisciplinar, deve ser oferecido.

Os casais devem ser orientados de que fumo, álcool, obesidade e excesso de exercício físico precisam ser evitados.

O aconselhamento genético está indicado se houver alterações cariotípicas do casal, ponderando-se as vantagens e desvantagens da técnica.

Nos casos de malformações uterinas, recomenda-se a ressecção histeroscópica dos septos uterinos, através de AIH cadastrada no CS. Os demais casos devem ser individualizados.

Em casos de útero miomatoso ou pólipos endometriais, recomenda-se a remoção apenas em casos de distorção da cavidade endometrial ou volume excessivo após individualização do caso, não tendo evidências de que deva ser indicado rotineiramente.

Na suspeita de insuficiência istmocervical, a cerclagem prévia não parece indicada e a ultrassonografia seriada deve ser oferecida.

Na presença de trombofilias hereditárias há recomendação de tratamento, bem como nos casos de SAAF. Para casos idiopáticos, não há indicação de terapias anticoagulantes como heparina e AAS.

O hipotireoidismo deve ser tratado antes de nova concepção. O hipotireoidismo subclínico e a presença de anticorpos anti-TPO devem ser avaliados criticamente antes da gravidez, com resultados conflitantes sobre o tratamento. Caso engravide, os níveis de TSH devem ser repetidos logo no início da gestação e tratados, quando indicado.

As evidências atuais são insuficientes para se indicar o uso rotineiro de progesterona na prevenção da PGR.

4. SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS (SOP)

A síndrome dos ovários policísticos (SOP) é uma das endocrinopatias mais comuns na fase reprodutiva. Com prevalência de 5% a 10%, estima-se que responda por cerca de 80% dos casos de infertilidade anovulatória. A infertilidade foi incluída na descrição original da SOP. Mulheres com SOP apresentam ovulação rara e, portanto, demoram mais para engravidar. Entretanto, devemos lembrar que as mulheres que têm SOP também podem ter outras causas de infertilidade.

Muitos estudos descrevem aumento na taxa de perda gestacional precoce na SOP, cujo mecanismo é mal compreendido, mas pode estar relacionado à obesidade. Além disso, o risco de complicações na gravidez aumenta em mulheres com SOP, como: taxa de aborto espontâneo, risco de desenvolver Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), hipertensão induzida pela gravidez, pré-eclâmpsia e parto prematuro. A obesidade, na ausência de SOP, também é um fator de risco para essas complicações. O risco de DMG é aumentado em mulheres com SOP, independentemente do IMC.

O tratamento da infertilidade relacionada à SOP deve contemplar mudanças no estilo de vida, podendo incluir indução farmacológica da ovulação e, em casos selecionados, técnicas de reprodução assistida e drilling ovariano laparoscópico. A escolha da estratégia terapêutica deve ser individualizada e levar em conta fatores como idade, hiperandrogenismo, obesidade, resistência à insulina, tabagismo, duração da infertilidade, além da existência de outras causas de infertilidade.

O diagnóstico de SOP deve ser suspeitado em qualquer mulher em idade reprodutiva que se apresente com menstruações irregulares e sintomas de hiperandrogenismo (acne e hirsutismo). A presença de sobrepeso ou obesidade deve levantar suspeitas.

4.1 Exames complementares

O diagnóstico da anovulação deve ser eminentemente clínico, baseado no histórico menstrual (amenorreia ou oligomenorreia), devendo ser complementado por exame ultrassonográfico transvaginal seriado. Excepcionalmente, pode-se utilizar a dosagem sérica de progesterona. Antes de iniciar o tratamento da anovulação, deve-se realizar a pesquisa de fator masculino e fator tubário.

4.2 Diagnóstico diferencial

Uma vez identificada a disfunção ovulatória, a anamnese detalhada e o exame físico serão fundamentais para o diagnóstico diferencial, excluindo doenças como hipotireoidismo, hiperprolactinemia, hiperplasia adrenal congênita (forma não clássica), falência ovariana e tumores produtores de androgênios.

4.3 Mudanças do estilo de vida

A primeira abordagem da paciente com SOP deve ser a alteração dos hábitos de vida. Recomenda-se que pacientes obesas e com sobrepeso percam pelo menos cerca de 10% do peso atual. Esta perda deve ser alcançada principalmente através de atividade física, apesar da dieta alimentar também ajudar no processo. A perda de peso é capaz de melhorar os perfis hormonais e aumentar as chances de ovulação. Embora não se possa afirmar categoricamente que a obesidade sozinha diminua as chances de gravidez, mulheres obesas respondem menos à estimulação ovariana e apresentam maior chance de aborto. Além disso, a fisiologia da gravidez implica no aumento da resistência à insulina, e as mulheres obesas com SOP têm risco aumentado para o desenvolvimento de DMG e suas complicações. A obesidade também aumenta a incidência de pré-eclâmpsia.

Fatores como glicemia, peso, pressão arterial, além de aspectos como tabagismo, consumo de álcool, hábitos dietéticos, prática de exercícios, qualidade do sono e saúde mental, emocional e sexual, devem ser valorizados em mulheres com SOP, para melhores resultados reprodutivos e obstétricos.

Embora as mudanças do estilo de vida sejam pré-requisito para a indicação de intervenções que visem à indução da ovulação em mulheres com SOP, o tempo necessário para atingir as melhorias desejadas não deve impor grande adiamento de uma eventual indução medicamentosa da ovulação ou tratamento de maior complexidade, para que o envelhecimento ovariano não comprometa as chances de concepção. Exceções são as pacientes obesas mórbidas, para as quais a indução da ovulação deve ser desencorajada até que a perda de peso tenha ocorrido, por intervenções na dieta, exercícios físicos, cirurgia bariátrica ou outros meios apropriados.

4.4 Resistência à insulina

Pelo menos metade das mulheres com SOP são obesas. A maioria das mulheres com SOP também são hiperinsulinêmicas e resistentes à insulina, independentemente da obesidade, em comparação com mulheres híginas. Além disso, a prevalência da Síndrome metabólica (SM) em mulheres com SOP parece estar aumentada. A hiperandrogenemia tem um efeito menor sobre a resistência à insulina da SOP; entretanto, a hiperinsulinemia contribui para o hiperandrogenismo tanto diretamente (por meio da estimulação da biossíntese de andrógenos na célula da teca ovariana) quanto indiretamente por meio de seus efeitos supressores na produção de globulina ligadora de hormônio sexual (SHBG) pelo fígado. A redução do grau de resistência à insulina e hiperinsulinemia com perda de peso, metformina ou uma tiazolidinediona, está associada a níveis reduzidos de andrógenos em mulheres com SOP. Atualmente, não se recomenda a avaliação de rotina da resistência à insulina em um ambiente clínico, uma vez que não é possível determinar até que ponto a SOP contribui para a resistência à insulina, independentemente do peso corporal e da adiposidade. Além disso, a magnitude da resistência à insulina não parece prever a resposta clínica às terapias de redução da insulina.

5. ENDOMETRIOSE

Existe grande associação entre endometriose e infertilidade. Alguns estudos mostram que 25 a 50% das mulheres inférteis são portadoras de endometriose e 30 a 50% das mulheres com endometriose apresentam infertilidade.

A endometriose pode ser dividida em três apresentações distintas:

1. Superficial
2. Ovariana
3. Profunda

Os principais sintomas associados são:

- Dismenorreia;
- Dor pélvica crônica;
- Dispareunia profunda;
- Alterações intestinais cíclicas;
- Alterações urinárias cíclicas;
- Infertilidade.

O exame físico, em especial o toque vaginal do fundo de saco posterior, pode verificar lesões profundas nesta região.

O ultrassom transvaginal e/ou a ressonância magnética desempenham papel significativo na decisão terapêutica.

A abordagem da paciente com endometriose e infertilidade é controversa, sendo que muitas condutas possuem nível de evidência insuficiente. Devem ser considerados para a tomada de decisão:

- Quadro clínico da paciente;
- Idade;
- Tempo de infertilidade;
- Presença de outros fatores de infertilidade;
- Sintomas.

A abordagem da endometriose tem duas vertentes: o controle da dor da paciente ou o tratamento da infertilidade.

O tratamento clínico hormonal é eficaz no controle da dor pélvica e deve ser o tratamento de escolha em pacientes que não desejam engravidar naquele momento e na ausência de indicações absolutas para cirurgia, os progestagênios e contraceptivos orais combinados são as medicações de primeira linha para tratamento desses quadros. Já para aquelas pacientes com desejo reprodutivo, o tratamento medicamentoso hormonal para supressão ovariana não deve ser prescrito, pois não existe evidência científica de qualquer benefício no tocante à melhora da fertilidade, além de postergar o tratamento da infertilidade. A única indicação medicamentosa para pacientes inférteis com endometriose, seria o uso dos agonistas de GnRH, precedendo o ciclo de Fertilização in vitro (FIV). O tratamento cirúrgico deve ser oferecido às pacientes em que o tratamento clínico for ineficaz ou na presença de endometriomas ovarianos volumosos, lesões de ureter causando hidronefrose, lesões suboclusivas ou obstrutivas intestinais e lesões de apêndice (devido à impossibilidade da diferenciação entre endometriose e tumor neuroendócrino pelos métodos de imagem).

Uma alternativa para essas pacientes é o tratamento cirúrgico da endometriose para melhora da fertilidade. Nas pacientes com endometriose estágio I e II é recomendado realizar exérese dos focos e não apenas a laparoscopia diagnóstica. Quanto às pacientes com estágio III e IV não existe consenso se é indicada abordagem cirúrgica apenas para tratamento da infertilidade.

Em pacientes inférteis com endometrioma ovariano, o procedimento cirúrgico deve ser indicado nos endometriomas volumosos ou com dúvida para comprovação histológica. A cirurgia deve ser indicada em casos muito específicos, visto que a exérese de endometriomas geralmente afeta a reserva folicular. Nos casos em que a cirurgia for indicada é preferível realizar a exérese da cápsula do cisto ao invés de drenagem e eletrocoagulação da parede do cisto.

6. **LEGISLAÇÃO PERTINENTE**

Segundo a Constituição Federal de 1988, o casal tem direito de decidir sobre o futuro reprodutivo. Compete ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito.

A Lei nº 9.263, de 1996, trata especificamente do planejamento reprodutivo, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde, e orienta que sejam oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.

A Portaria nº 426/GM, de 2005, instituiu a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, no âmbito do SUS, definindo sua implantação de forma articulada entre o Ministério da Saúde (MS), as Secretarias de Estado de Saúde (SES) e as Secretarias Municipais de Saúde (SMSA), devendo ser constituída a partir dos seguintes componentes fundamentais:

I - Atenção básica

É a porta de entrada para a identificação do casal infértil e na qual devem ser realizados a anamnese, o exame clínico-ginecológico e um elenco de exames complementares de diagnósticos básicos, afastando-se patologias, fatores concomitantes e qualquer situação que interfira numa futura gestação e que ponham em risco a vida da mulher ou do feto;

II – Média complexidade

Os serviços de referência de Média Complexidade estarão habilitados a atender aos casos encaminhados pela Atenção Básica, realizando acompanhamento psicossocial e os demais procedimentos do elenco deste nível de atenção, e aos quais é facultativa e desejável, a realização de todos os procedimentos diagnósticos e terapêuticos relativos à reprodução humana assistida, à exceção dos relacionados à fertilização in vitro;

III - Alta complexidade

Os serviços de referência de Alta Complexidade estarão habilitados a atender aos casos encaminhados pela Média Complexidade, estando capacitados para realizar todos os procedimentos de Média Complexidade, bem como a fertilização in vitro e a inseminação artificial.

O município de Belo Horizonte (BH) está organizado de forma a oferecer assistência articulada nos três níveis de atenção. A alta complexidade é ofertada através de convênio entre a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH) e o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG). O HC-UFMG é referência estadual para o tratamento de alta complexidade em infertilidade.

7. REDE DE ASSISTÊNCIA DA SMSA-BH

A assistência está hierarquizada nos três níveis de atenção:

1. Primária (atenção básica, segundo a Portaria nº 426/GM): centros de saúde (CS).
2. Secundária (média complexidade, segundo a Portaria nº 426/GM): ambulatórios de INFERTILIDADE com agendamento pelo CS e marcação por meio da central de marcação de consultas (CMC).
3. Terciária (alta complexidade, segundo a Portaria nº 426/GM): HC-UFMG. O tratamento é oferecido através de convênio entre a SMSA-BH e o HC-UFMG.

7.1 Nível primário

A equipe do CS deve realizar o atendimento primário ao casal, que consiste em:

- Consulta ginecológica básica (incluindo exame físico completo e colpocitologia oncótica. O tempo de realização da colpocitologia deve estar dentro do intervalo preconizado pelo Ministério da Saúde). Deve ser feita a avaliação das possíveis causas da infertilidade: feminina ou masculina. Se feminina, investiga-se o possível local: útero, ovários ou tubas uterinas, e as possibilidades de tratamento no nível primário.

7.1.1 Propedêutica no nível primário

- Exame ginecológico básico – com exame citopatológico em dia;
- Espermograma;
- Ultrassonografia transvaginal;
- Exames hormonais: FSH e LH (toda paciente acima de 35 anos); PRL e TSH. A coleta do sangue deve ser realizada no 3º dia do ciclo menstrual, preferencialmente;
- Exames laboratoriais: sorologia para toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, anti-HIV, HBsAg, ANTI-HCV, HTLV, VDRL.

7.1.2 Terapêutica no nível primário

- Orientações sobre os hábitos de vida saudáveis;
- Orientar sobre período fértil e atividade sexual;
- Avaliar obesidade e, se necessário, orientar perda de peso e realização de atividade física;
- Incentivar abandono do tabagismo;
- No caso de comorbidades, encaminhar com relatório do médico assistente (clínico, cardiologista, endocrinologista, etc.) liberando gravidez.

7.1.3 Encaminhamento para os níveis secundário e terciário

Ao ser encaminhado para o nível secundário, o casal já deve ter realizado toda a propedêutica básica.

- Se diagnosticado fator feminino ou na ausência de definição diagnóstica (ISCA): encaminhar para INFERTILIDADE - nível secundário (CMC).
- Se espermograma alterado ou parceiro vasectomizado: encaminhar para UROLOGIA (CMC).
- Se houver obstrução tubária, idade acima de 35 anos: encaminhar para REPRODUÇÃO HUMANA (CMC).
- Se obstrução tubária, idade igual ou abaixo de 35 anos: encaminhar para videolaparoscopia (VLP), cadastrar autorização para internação hospitalar (AIH).
- Se salpingotripsia bilateral (STB) e idade igual ou abaixo de 37 anos: solicitar espermograma e histerossalpingografia (HSG) e encaminhar para REPRODUÇÃO HUMANA.
- Se salpingotripsia bilateral (STB) e idade superior a 37 anos: solicitar espermograma e encaminhar para REPRODUÇÃO HUMANA.
- Situações que não devem ser encaminhadas para o tratamento de infertilidade, enquanto não solucionadas:
 - Mulheres com idade avançada (> 45 anos);
 - Mulheres com mais de 3 cesarianas prévias;
 - Mulheres com comorbidades importantes (patologias crônicas da mulher que se associam a um alto risco gestacional e/ou perinatal conforme parecer especializado, diabetes mellitus descompensado, hipertensão grave, cardiopatia moderada ou severa, discrasias sanguíneas graves, insuficiência hepática ou renal, neoplasias avançadas, Aids/infecção pelo HIV descompensada, lúpus eritematoso descompensado, epilepsia descontrolada, doenças que sejam incompatíveis com nova gestação);

- Casais sem condições psicossociais para uma gestação, a saber:
 - Distúrbios psiquiátricos que comprometam um desempenho domiciliar satisfatório;
 - Relacionamento conjugal instável, onde os cônjuges não estejam de comum acordo quanto ao desejo de gravidez;
 - Condições socioeconômicas precárias.

Observação: as situações acima devem ser avaliadas e orientadas nos CS.

7.2 Nível Secundário

7.2.1 Terapêutica no nível secundário

- Avaliar a necessidade de acompanhamento psicológico;
- Se fator ovulatório: induzir a ovulação;
- Se fator tuboperitoneal: avaliar cirurgia (hospitalar) ou técnicas de reprodução assistida (TRA) no nível terciário. Considerar a idade da paciente e presença de outros fatores de infertilidade.

7.2.2 Tratamentos oferecidos no nível secundário

- Indução da ovulação (monitorização ultrassonográfica);
- Inseminação intrauterina homóloga e heteróloga (indicação, propedêutica, indução da ovulação);
- Propedêutica tubária (HSG);
- Encaminhamento para TRA ou cirurgia;
- Urologia: correção de varicocele, reversão de vasectomia, indicação e propedêutica inicial das TRA.

7.2.3 Encaminhamento para o nível terciário

- Se indicação de TRA: encaminhar para a especialidade REPRODUÇÃO HUMANA.

Observação: ao ser encaminhado à REPRODUÇÃO HUMANA, o casal já deve ter realizado cirurgia (quando indicado) e os tratamentos menos complexos (como indução de ovulação, quando indicado), além da propedêutica básica.

7.3 Nível Terciário

7.3.1 Critérios de prioridade para encaminhar à Reprodução Humana

ALTA PRIORIDADE

- Mulheres com idade ≥ 36 anos e < 40 anos;
- Endometriose grave confirmada por cirurgia.

MÉDIA PRIORIDADE

- Mulheres ≤ 36 anos, com fator tubário, tendo sido realizada cirurgia bem-sucedida no nível 2º (serviços de Infertilidade) e que não conseguiram engravidar em 1 ano.

BAIXA PRIORIDADE

- Mulheres ≥ 42 anos e ≤ 45 anos;
- Mulheres com mais de 2 filhos vivos.

7.3.2 Terapêutica no nível terciário

A assistência neste nível de atenção será realizada por equipe multidisciplinar formada por ginecologista, urologista, endocrinologista, geneticista, biólogo, bioquímico, enfermeiro e psicólogo.

7.3.3 Tratamentos oferecidos no nível terciário

- Tratamento de patologias intercorrentes pela equipe interdisciplinar;
- Estimulação ovariana com coito programado;
- Inseminação intrauterina homóloga;
- Inseminação intrauterina heteróloga (há períodos em que não há disponibilidade de sêmen);
- Fertilização in vitro convencional (FIV);
- Fertilização in vitro com injeção intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI);
- Videolaparoscopia;
- Videohisteroscopia cirúrgica;
- Programa de ovodoação;
- Cessão temporária do útero;
- Correção cirúrgica de varicocele;
- Reversão de vasectomia;
- Congelamento de óvulos (Restrito aos casos oncológicos);
- Congelamento de embriões.

7.3.4 Principais enganos ocorridos nos encaminhamentos à Reprodução Humana

- Casais encaminhados pelo CS sem terem realizado nenhuma propedêutica, nem mesmo o exame ginecológico de rotina;
- Casais encaminhados com contraindicações absolutas de gravidez que deveriam ser acolhidos e orientados no CS (pacientes com idade muito avançada, com comorbidades importantes, sem condições psicossociais para uma gestação, etc.);
- Casais encaminhados do nível secundário para o terciário (REPRODUÇÃO HUMANA) sem propedêutica e/ou terapêutica, que poderiam ter sido realizadas naquele nível.

Referências bibliográficas

1. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Propedêutica básica da infertilidade conjugal**. São Paulo: FEBRASGO, 2018 (Protocolo FEBRASGO - Ginecologia, no. 46/Comissão Nacional Especializada em Reprodução Humana).
2. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). **Perda Gestacional Recorrente**. São Paulo: FEBRASGO, 2018 (Protocolo FEBRASGO - Ginecologia, nº 50/Comissão Nacional Especializada em Reprodução Humana).
3. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Particularidades no manejo da infertilidade. In: Síndrome dos ovários policísticos**. São Paulo: FEBRASGO, 2018. Cap. 8. p. 88-103. (Série Orientações e Recomendações Febrasgo, nº 4, Comissão Nacional de Ginecologia Endócrina).
4. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Endometriose**. São Paulo: FEBRASGO, 2021 (Protocolo FEBRASGO-Ginecologia, n. 78/Comissão Nacional Especializada em Endometriose).

SUS·BH



PREFEITURA
BELO HORIZONTE
