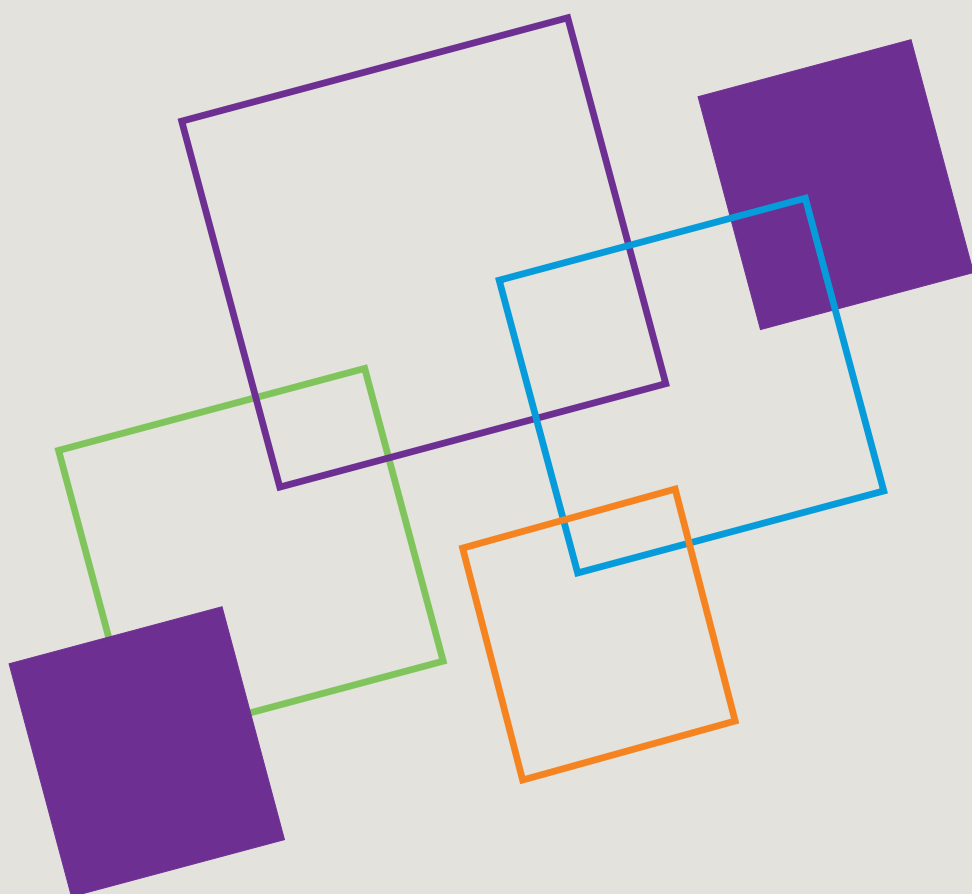


# SAÚDE REPRODUTIVA INFERTILIDADE



ORIENTAÇÕES  
DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE

**Direcção-Geral da Saúde  
Programa Nacional de Saúde Reprodutiva**

**Saúde Reprodutiva  
INFERTILIDADE**

Lisboa, 2008

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde  
Programa Nacional de Saúde Reprodutiva  
Saúde reprodutiva/Infertilidade/Direcção-Geral da Saúde  
Lisboa: DGS, 2008 – 16 p.

ISBN 978-972-675-186-1

Infertilidade/Saúde reprodutiva/Cuidados pré-concepcionais

Editor

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

Paginação e Impressão  
Europress, Lda.

Tiragem  
10 000 exemplares

Depósito Legal  
286341/08

## ÍNDICE

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



## SAÚDE REPRODUTIVA E INFERTILIDADE

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

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

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

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

Estima-se que a infertilidade conjugal atinja, na população mundial, cerca de 10 a 15% dos casais em idade fértil, com uma incidência crescente em função da idade dos casais. Esta percentagem tem vindo a subir nos últimos anos devido a causas tão diversas como o adiamento da maternidade, o aumento da prevalência das infecções de transmissão sexual, o sedentarismo, a obesidade, o consumo de tabaco e do álcool e a poluição.

Embora não existam estatísticas específicas para Portugal, vários estudos referem que nos países ocidentais a infertilidade afecta um em cada sete casais em idade reprodutiva, o que corresponde a cerca de 14% da população.

## INFERTILIDADE CONJUGAL

A OMS define infertilidade como a “ausência de gravidez após dois anos de relações sexuais regulares e sem uso de contracepção”. Existe, no entanto, consenso em considerar que após um ano, deve ser iniciado um processo de avaliação de eventuais factores envolvidos.

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

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

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

As percentagens relativas dos factores de infertilidade presentes não são universais, mas globalmente, é possível identificar um factor masculino em 30%-40% dos casos. Na mulher a patologia ginecológica está presente em 30%-40% das situações (endometriose 5%, doença tubária 15%, entre outras) e a disovulação em 14%-15% (1), podendo, segundo outros autores, ultrapassar os 20% (2).

Em aproximadamente 10% dos casais não é possível estabelecer uma causa (1).

6

### A FERTILIDADE É INFLUENCIADA POR FACTORES COMO:

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

## PRESTAÇÃO DE CUIDADOS EM INFERTILIDADE

### OBJECTIVOS

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

### ACTIVIDADES A DESENVOLVER

- *Prestar cuidados antecipatórios e preventivos*

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

- prevenção, diagnóstico e tratamento das infeções de transmissão sexual
  - rastreio do cancro do colo do útero quando não realizado em programas específicos
  - identificação dos factores existentes que possam concorrer negativamente para obter uma gravidez
  - identificação e referência das situações de risco reprodutivo (genético, doença crónica, por exemplo)
- *Apoiar e orientar os casais com infertilidade primária ou secundária*
    - reavaliar a situação clínica confirmando a não existência de factor contributivo; efectuar o estudo complementar básico adequado à abordagem do casal infértil
    - facultar informação completa, isenta e científica sobre as etapas a percorrer para a resolução das situações de infertilidade
    - referenciar as situações que necessitam de estudos ou tratamentos diferenciados

## ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

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

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

Tal como para outras áreas da saúde reprodutiva, a referência dos casais para diagnóstico e tratamento da infertilidade faz-se de acordo com a rede de referência materno-infantil já estabelecida:

8

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

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

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

O acesso dos casais a estes cuidados e à procriação medicamente assistida será monitorizado através de um sistema informático em construção, que se prevê operacional em 2009.

## CUIDADOS PRÉ-CONCEPCIONAIS

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

A filosofia dos cuidados pré-concepcionais consubstancia-se num processo integrado e contínuo de cuidados em saúde reprodutiva, que decorre do aproveitamento das inúmeras oportunidades que surgem, com frequência, no quotidiano da prática clínica desde a adolescência. Sem contrariar esse entendimento fundamental, perante a decisão de uma futura gravidez, recomenda-se efectuar uma consulta específica com o objectivo de actualizar os dados colhidos na avaliação do risco reprodutivo e sistematizar as recomendações pertinentes em cada caso (Circular Normativa 02/DSMIA de 16/01/2006).

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

A consulta pré-concepcional é um processo durante o qual o médico deve obter toda a informação possível para estabelecer o risco de anomalia reprodutiva numa determinada mulher/casal, e propor as medidas tendentes a minimizar ou eliminar esse risco. Essencial é ponderar o impacto que diversos factores podem representar como por exemplo a idade da mulher, antecedentes genéticos, hábitos, doenças crónicas, infecções, vários fármacos e poluentes.

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

Esta consulta proporciona um excelente momento para discutir assuntos relacionados com a sexualidade e a reprodução, informar sobre a fisiologia (ciclo menstrual, ovulação, período fértil, probabilidade de ocorrer uma gravidez), esclarecer sobre alguns hábitos dos casais que podem ser críticos para a concepção.

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

## ABORDAGEM DO CASAL INFÉRTIL

A incapacidade em procriar é, para muitos casais, dramática. A frustração de expectativas pessoais, sociais e mesmo religiosas pode ser geradora de fortes sentimentos de perda, falha e exclusão. Assim, as situações de infertilidade estão frequentemente associadas a alterações emocionais, como ansiedade, depressão, raiva, discórdia e desvalorização pessoal, que por sua vez podem potenciar factores de subfertilidade pré-existentes. A abordagem do casal deve ter sempre presente esta realidade e antecipar/prevenir possíveis sentimentos que possam advir no decurso do diagnóstico e do tratamento.

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

10

## AVALIAÇÃO CLÍNICA DO CASAL

A anamnese deve ser exaustiva e, mesmo para os casais cuja história clínica é conhecida, os seguintes aspectos devem ser reavaliados, tendo em conta que muitas situações de subfertilidade poderão ser corrigidas com simples modificações de hábitos de consumo ou de comportamentos.

### HISTÓRIA REPRODUTIVA

- Paternidade/ maternidade em relações anteriores
- Infertilidade prévia e tratamentos utilizados
- Duração da infertilidade actual
- Antecedentes de Infecções de Transmissão Sexual

### SEXUALIDADE

- Avaliar o padrão das relações sexuais
  - frequência (óptima cada 2-3 dias)
  - ocorrência durante o período fértil<sup>1</sup>
  - função eréctil
- Métodos contraceptivos utilizados
- Uso de lubrificantes

---

<sup>1</sup> Ter em atenção que estão descritas situações graves de stress relacionadas com o aconselhamento de relações sexuais centralizadas no período ovulatório

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

## HÁBITOS

- Consumo de bebidas alcoólicas e tabaco, medicamentos ou outras substâncias
  - o álcool diminui a fertilidade, sendo estabelecidos máximos de ingestão: unidades de álcool<sup>2</sup> por semana:  $\leq 1-2$  na mulher e  $\leq 3-4$  no homem
  - as drogas ilícitas, incluindo as leves, estão associadas à diminuição da fertilidade, pelo que deve ser aconselhada a suspensão da sua utilização
  - existe associação entre o consumo de tabaco e a redução da quantidade e da qualidade dos espermatozóides e dos ovócitos. Deve ser oferecido suporte clínico para a cessação tabágica
- Alimentares
  - a obesidade (IMC  $>29$ ) no homem ou na mulher, assim como o baixo peso (IMC  $<19$ ) em mulheres, estão relacionados com diminuição da fertilidade<sup>3</sup> (IMC recomendado entre 19 e 29)

11

## RISCO OCUPACIONAL

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

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

<sup>2</sup> 1 Unidade de Álcool corresponde a 10 gr de álcool, o equivalente ao conteúdo de qualquer bebida servida nos copos habitualmente utilizados (cerveja = copo, brandy = cálice, etc)

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

## AVALIAÇÃO COMPLEMENTAR NA MULHER

- Existência de patologia, designadamente, endócrina → procurar sinais ou sintomas de hipo/hipertiroidismo, hirsutismo, galactorreia, diabetes, entre outros
- História de tuberculose (antiga ou actual)
- Desenvolvimento na puberdade, a menarca, os ciclos menstruais e sua regularidade (amenorreia, oligomenorreia), dismenorreia, dispareunia, caracteres sexuais secundários (pilosidade, desenvolvimento mamário)
- Antecedentes de abortos de repetição, interrupção voluntária da gravidez e suas eventuais complicações, de infecção de transmissão sexual/doença inflamatória pélvica. Cirurgia pélvica anterior (apendicectomia, tubária ou outra)
- Medicação habitual, entre outros:
  - Antidepressivos e antiinflamatórios não esteróides podem associar-se a anovulação
  - Cimetidina e antidepressivos podem aumentar os níveis de prolactina
  - Imunossupressores interferem na capacidade de concepção
  - Fármacos citotóxicos podem induzir falência ovária
  - Exposição a quimio ou radioterapia pode interferir na capacidade reprodutiva por mecanismos diversos

12

## AVALIAÇÃO COMPLEMENTAR NO HOMEM

- Doenças crónicas, designadamente diabetes e hipertensão → especial atenção à medicação:
  - Bloqueadores dos canais de cálcio podem prejudicar a capacidade fecundante dos espermatozóides
  - $\beta$ -bloqueantes, ansiolíticos e antidepressivos diminuem a função erétil
- Desenvolvimento pubertário, caracteres sexuais secundários, presença de testículos nas bolsas, existência de varicocele
- História de infecção dos testículos, orquite pós-parotidite epidémica, traumatismo do escroto, criptorquidea. Cirurgia de hérnia
- Medicação habitual, entre outros:
  - Cimetidina e antidepressivos podem aumentar os níveis de prolactina
  - Esteróides anabolizantes diminuem a qualidade do espermatozóide
  - Exposição a quimio ou radioterapia pode interferir na capacidade reprodutiva por mecanismos diversos

## INVESTIGAÇÃO/EXAMES COMPLEMENTARES

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

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

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

MULHER	HOMEM
Registo da temperatura basal <sup>5</sup>	Espermograma
FSH <sup>6</sup> , LH <sup>7</sup> e estradiol <sup>8</sup> séricos na 1ª fase do ciclo	
Progesterona <sup>9</sup> sérica	
Prolactina sérica	
Ecotomografia pélvica com sonda vaginal	
Outros exames <sup>10</sup>	

13

<sup>4</sup> O medicamento comercializado em Portugal contém 5 mg

<sup>5</sup> Registo diário da temperatura sublingual, rectal ou vaginal avaliada ao acordar, durante 3 meses. A utilidade deste registo é controversa, no entanto, pode ajudar a mulher a compreender melhor a sua fisiologia

<sup>6</sup> Estuda as características de visualização directa e microscópica do sêmen. Devem ser guardados 3 a 5 dias de abstinência sexual antes da data da colheita do esperma (limites mínimo de 2 e máximo de 7 dias – OMS). O tempo entre a colheita e a leitura não deve ultrapassar 1 hora. Perante um resultado inconclusivo, o exame deve ser repetido 3 meses depois. Se existir azoospermia, o espermograma deve ser repetido

### Espermograma normal (OMS 1999):

Volume  $\geq$  2ml      pH  $\geq$  7.2

Concentração  $\geq$  20 milhões/ml

Contagem total  $\geq$  40 milhões/ml

Mobilidade progressiva  $\geq$  50% e progressiva rápida  $\geq$  25% (aos 60 m após ejaculação)

Vitalidade  $\geq$  75% vivos

Morfologia normal  $\geq$  15%

<sup>7</sup> Particularmente se a mulher tem ciclos irregulares, níveis elevados de FSH ( $\geq$ 10) podem sugerir má função ovárica; nível de LH superior ao de FSH sugere doença poliquística do ovário (embora a relação entre a LH e a FSH possa ser normal mesmo na presença da doença). A colheita de sangue para avaliar FSH e LH deve ser efectuada entre o 2º e o 5º dia do ciclo menstrual (o valor de FSH nesta altura é preditivo da reserva ovárica)

<sup>8</sup> O doseamento sérico do estradiol, na primeira fase do ciclo, fornece indicações sobre a resposta ovárica

<sup>9</sup> O doseamento sérico da progesterona, para verificar se houve ou não ovulação, deve ser feito a meio da fase lútea, cerca de 7 dias antes do dia previsto para a menstruação, ou seja, num ciclo de 28 dias, ao 21º/23º dia (se o valor for baixo, pode ser necessário repetir, pois nem todos os ciclos são ovulatórios). No entanto, mulheres com ciclos menstruais regulares, sobretudo entre 28 e 32 dias, apresentam uma altíssima probabilidade de terem ciclos ovulatórios, podendo mesmo ser dispensável o doseamento da progesterona sérica

<sup>10</sup> Se suspeita clínica

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

## CRITÉRIOS DE REFERENCIAÇÃO

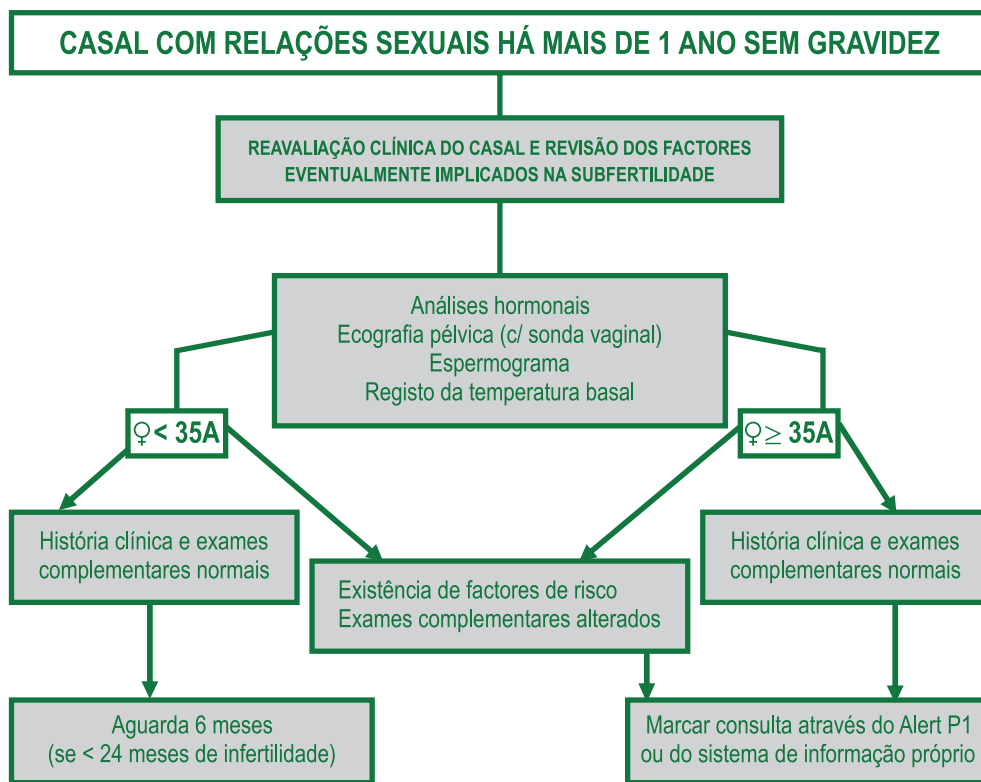
14

O casal deve ser referenciado de acordo com o protocolo da Unidade Coordenadora Funcional tendo em conta os seguintes critérios clínicos:

- Identificação de um factor alterado – proceder a referência imediata (por exemplo, suspeita de endometriose ou alterações significativas do espermograma)
- Ausência de alterações na avaliação clínica e laboratorial
  - Idade da mulher  $\geq 35$  anos – referenciar sem prolongar os estudos
  - Idade da mulher  $<35$  anos e mais de 24 meses de infertilidade – referenciar sem prolongar os estudos
  - Idade da mulher  $<35$  anos e menos de 24 meses de infertilidade – aguardar mais 6 meses

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

## FLUXOGRAMA



15

### Dados a incluir na referência:

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

### Informação a fornecer ao casal:

- Relações sexuais cada 2-3 dias
- ≤ 1-2 unidades de álcool/ semana para a mulher;  
≤ 3-4 unidades/ semana para o homem
- Cessação tabágica para fumadores
- Índice de massa corporal entre 19-29
- Medicação utilizada, auto-medicação e drogas ilícitas
- Medidas protectoras na actividade laboral

### Referência precoce se:

- História de factores predisponentes (como amenorreia, oligomenorreia, doença inflamatória pélvica ou criptorquídea)
- Mulher com idade ≥ 35 anos ou com 24 meses de infertilidade
- Seropositivos para VIH, hepatite B ou hepatite C
- Tratamento anterior por cancro (químico e/ou radioterapia)

## BIBLIOGRAFIA / SITES A CONSULTAR

1. Whitman-Elia GF, Baxley EG (2001) *A Primary Care Approach to the Infertile Couple*, Journal of American Board of Family Practice, 14 (1): 33-45
2. Fertility – Assessment and treatment for people with fertility problems, National Institute for Clinical Excellence (NHS), February 2004 – [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)
3. Frey KA, Patel KS (2004) Initial Evaluation and Management of Infertility by the Primary Care Physician, Mayo Clin Proc, 79 (11): 1439-43
4. Rutstein, Shea O. and Iqbal H. Shah. 2004. *Infecundity, Infertility, and Childlessness in Developing Countries*. DHS Comparative Reports No. 9. Calverton, Maryland, USA: ORC Macro and the World Health Organization
- 16 5. Family Planning, Health and Well-Being (1994) Relatório do ICPD, Cairo
6. Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução [www.spmr.pt](http://www.spmr.pt)
7. Infertility: Investigations and Management [www.patient.co.uk](http://www.patient.co.uk)
8. Circular Normativa 02/DSMIA de 16/01/2006, DGS – [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt); [www.saudereprodutiva.dgs.pt](http://www.saudereprodutiva.dgs.pt)

