

+ Fertilidade

magazine



EDITORIAL

2024, ano de
balanço positivo e
de diferença

ARTIGO

O que é e como funciona a
indução da ovulação?

TESTEMUNHOS

“Após 13 tratamentos,
nasceu o nosso bebé
arco-íris”

Revista impressa e
distribuída com o apoio da



Associação Portuguesa de
Fertilidade



GEDEON RICHTER
Health is our mission



Associação Portuguesa de
Fertilidade

Índice

04

EDITORIAL

2024, ano de balanço positivo e de diferença

06

NOTÍCIAS

12

ARTIGOS

O que é e como funciona a indução da ovulação?

A eficácia da medicina chinesa na insuficiência ovárica prematura: revisão de evidências e integração com a PMA

24

INVESTIGAÇÃO

Avaliação de microRNAs no esperma e embriões pode aumentar taxas de sucesso de tratamentos de fertilidade

28

ENTREVISTA

"Tempos de espera deixam casais muito frustrados e desiludidos"

30

APOIO PSICOLÓGICO

Ser mãe depois dos 40

34

NUTRIÇÃO

Estratégias Nutricionais a adotar para otimizar a fertilidade após os 40

38

TESTEMUNHOS

Após 13 tratamentos, nasceu o nosso bebé arco-íris

A luta que Deus escolheu para nós

44

APF EXPLICA...

Vídeo e Podcast: "(In)fertilidade por onde começar? Com o Dr. Rui Miguelote"

46

PROTOCOLOS

EDITORIAL

2024, ano de balanço positivo e de diferença



Cláudia Vieira

Presidente da APFertilidade

O ano que terminou foi o da chegada da APFertilidade à maioria. Não pode existir mais motivação após 18 anos que o continuarem a surgir excelentes notícias na área da procriação medicamente assistida (PMA) e a verificar-se que o trabalho da Associação pode fazer a diferença junto de milhares de pessoas que um dia se depararam com a palavra infertilidade na sua vida.

O aumento para 90% da comparticipação nos medicamentos prescritos em tratamentos

de PMA, a possibilidade de alargamento do prazo para manter sob criopreservação gâmetas e embriões doados sob anonimato, ou um maior número de parceiros disponíveis a ajudar os associados da APFertilidade, entre outros registos positivos, fizeram de 2024 um ano para destacar na cronologia do apoio à fertilidade. Neste que assinala apenas os primeiros dias, a motivação para fazer mais, melhor, de forma consistente vai marcar todos os que se seguem e que vão ser de algumas surpresas preparadas pela APFertilidade.

Em 2025 há novidades para partilhar com quem conta com a Associação para aligeirar um processo com altos e baixos, mas que não deve ser feito sem apoio. São novidades que pretendem facilitar o acesso a uma melhor informação, criar um espaço de partilha e ser fonte de confiança para quem dá os primeiros passos no mundo da (in)fertilidade.

Até lá, deixamos mais uma edição da +Fertilidade Magazine, que neste número destaca o que significa lutar pela fertilidade após os 40 anos, descobertas que podem melhorar resultados de tratamentos, esclarecimento de dúvidas por especialistas e partilha do que significa coragem e persistência quando se quer ter um filho.

Bem-vindos a um Novo Ano! Que o desejo se concretize em breve!

2024 foi um ano de conquistas



Fizemos parte do **projeto piloto da Fertility Europe** que desafiava os adolescentes a aprenderem sobre fertilidade através de um jogo – o "My Facts".



Lançámos a petição pública sobre a destruição de embriões. Este tema foi retratado em vários meios de comunicação.



Comemorámos os **18 anos da nossa associação** num evento que reuniu associados, profissionais de saúde e convidados especiais.



Reunimos com a **Secretária de Estado da Saúde, Dra. Ana Povo**, para discutirmos algumas necessidades e questões que necessitam da atenção política.



A nossa petição pública deu frutos: o Parlamento aprovou por unanimidade a prorrogação do prazo do uso de gâmetas e embriões doados.

Voltámos a reforçar publicamente o nosso posicionamento, desta vez em resposta à proposta de Orçamento de Estado para 2025, alertando para a necessidade de melhorar os apoios existentes.

Comparticipação a 90% dos medicamentos destinados à fertilidade, a partir de 2025

Medicamentos destinados à fertilidade comparticipados a 90% a partir de 2025

Foi um dos temas que a APFertilidade levou à reunião com a Secretária de Estado da Saúde, Ana Povo, em julho último e confirmou-se a resposta positiva do Governo durante discussões do Orçamento do Estado. A partir de 1 de janeiro de 2025, a comparticipação dos medicamentos para a infertilidade, em especial quanto à procriação medicamente assistida (PMA), passa de 69% para 90%.

O anúncio oficial foi feito no Diário da República, com a publicação da [Portaria n.º 300/2024/1, de 25 de novembro](#). Segundo o documento, “são comparticipados pelo escalão A os medicamentos contendo as seguintes substâncias ativas, destinadas ao tratamento da infertilidade, em especial os da procriação medicamente assistida, devendo o médico prescriptor fazer na receita menção expressa da presente portaria”.

A última alteração na comparticipação tinha ocorrido em junho de 2009, quando a comparticipação subiu de 37% para 69%. Nos 15 anos que se seguiram, o aumento do apoio na aqui-



sição de medicamentos no âmbito de um tratamento de fertilidade foi apresentado pela APFertilidade como estando entre as prioridades a ter em consideração pelo Ministério da Saúde.

Em julho último a questão voltou a estar em cima da mesa numa reunião da Associação com a Secretária de Estado da Saúde, a quem foi sublinhado que os custos inerentes a um tratamento de fertilidade são elevados, mesmo com o apoio prestado nos centros do Serviço Nacional de Saúde, especialmente para quem só tem a possibilidade de recorrer a ajuda médica nas clínicas privadas.

“Foi um avanço importante. No entanto, o número de casos de infertilidade continua a aumentar e, apesar de chegar tarde, esta atualização em 90% é essencial para estas pessoas”, sublinhou a presidente da APFertilidade, Cláudia Vieira, após a indicação de que a comparticipação ia aumentar. A responsável realçou que “as despesas com os medicamentos têm representado um fardo financeiro pesado para muitos casais, que precisam frequentemente de recorrer a várias tentativas de tratamento, muitas vezes sem sucesso imediato”.

Cláudia Vieira lembrou que o acesso aos tratamentos de PMA continua a ser desigual no país: os cidadãos do Alentejo e Algarve continuam a

percorrer centenas de quilómetros para procurar ajuda nos centros públicos localizados nas zonas de Lisboa, Centro e Norte do país. “O aumento da taxa de comparticipação dos medicamentos vai ser uma medida relevante para atenuar o esforço financeiro destas pessoas”, reforçou.

Além da medicação para tratamento da infertilidade, a Secretária de Estado da Saúde assinou a [Portaria n.º 301/2024/1](#) que determina, também a partir de 1 de janeiro de 2025, que medicamentos contra a endometriose integrados no grupo 8 (hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas), passam a ser comparticipadas pelo escalão B, ou seja, em 69%.



Portugal mantém classificação de “muito bom” no Atlas Europeu da Fertilidade

Em 2021, Portugal estava em 5.º lugar no Atlas Europeu de Políticas de Tratamentos em Fertilidade e entre os 14 países com classificação de “muito bom”. Três anos depois, o país mantém a classificação, ainda que tenha descido até ao 8.º lugar, numa lista de 49 países e territórios analisados quanto ao acesso ao apoio à fertilidade e cujos resultados variaram entre “excelente” e “extremamente pobre”.

A Bélgica continua a liderar a lista, com o Atlas de 2024, relatório desenvolvido pela Fertility Europe e o Fórum Para os Direitos Reprodutivos e Sexuais, do Parlamento Europeu, a colocar Holanda, Israel, França a fechar o grupo dos que tiveram “excelente” como nota final. Seguem-se a Dinamarca, Finlândia, Estónia e Portugal, os únicos países com uma avaliação de “muito bom”. No fim da lista, estão a Albânia, Azerbaijão e Kosovo, que ao lado de outros quatro países fecham o grupo “excecionalmente pobre”.

A avaliação europeia, estruturada e criada a partir de questões desenhadas por especialistas como Carlos Calhaz Jorge, vice-presidente do Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida e vice-presidente do Comité Executivo da Sociedade Europeia de Medicina da Reprodução (ESHRE), avaliou as respostas dadas a pessoas com problemas de fertilidade com base em nove critérios: legislação, gestão de dados, acesso inclusivo a tratamentos, testes genéticos em embriões, transparência quanto ao não anonimato de dadores, financiamento, serviços de apoio psicológico, consulta dos legisladores às associações de pacientes e educação.



O que pode explicar a descida, ainda que não muito significativa, de [Portugal no ranking de 2024](#) é que, ao contrário do relatório de 2021, é especificado agora o tempo de espera médio para ter acesso aos tratamentos, e que ultrapassa os 12 meses.

No entanto, Portugal continua a mostrar bons resultados em quase todos os critérios de avaliação, estando entre os países com legislação para a procriação medicamente assistida (PMA), registo da atividade de PMA e de dados de dadores, ou tratamentos com e sem recurso à doação para casais heterossexuais, de mulheres e mulheres sem companheiro, com apoio do Serviço Nacional de Saúde.

Tal como 45 outros países, Portugal continua a não ter um programa educativo sobre fertilidade criado pelo Estado, como se verifica em França, Reino Unido, Alemanha e Letónia.

Conheça a realidade de cada país [aqui](#).

Código de Cuidados Reprodutivos passa a existir através de projeto EuMAR

Monitorização europeia da Reprodução Medicamente Assistida (EuMAR)

O QUE OS PACIENTES PRECISAM DE SABER



Uma das metas do projeto EuMAR, estudo que pretende criar um registo, ciclo a ciclo, dos tratamentos de procriação medicamente assistida (PMA) que se realizam na União Europeia, é estabelecer uma estimativa das probabilidades de uma mulher ou casal ter um bebé, após várias tentativas de tratamento de infertilidade.

O projeto recolhe dados clinicamente relevantes de um processo de tratamentos, à semelhança do que já acontece em Portugal, mas a um nível europeu, e a forma como isso acontece é feita através de um código.

E como é que esse código funciona? A clínica de fertilidade em que a mulher ou o casal está a ser acompanhado pede um Código Individual de Cuidados Reprodutivos para a mulher e o homem, através do qual são enviados dados sobre o tratamento que está a ser realizado para o registo português. Por sua vez, a base de dados nacional comunica as informações com o EuMAR. No entanto, os dados sobre a identidade do paciente, como o nome, morada ou identificação pessoal, não são recolhidos.

Através da informação recolhida com o código, as clínicas de fertilidade passam a ter acesso a estatísticas que podem ajudá-las a manter e melhorar os seus padrões de qualidade para o atendimento e principalmente continuar a procurar melhores tratamentos de fertilidade.

Saiba mais como funciona o Código Individual de Cuidados Reprodutivos, [aqui](#).

Importância da Psicologia na (in)fertilidade analisada em workshop da APFertilidade

A importância do apoio emocional numa jornada de infertilidade esteve em destaque no workshop da APFertilidade que reuniu 31 psicólogos na Fundação Cidade de Lisboa, a 18 de outubro. Sob o tema “(In)Fertilidade: Construindo pontes de conhecimento para a prática da psicologia clínica”, a ação de formação, a sétima organizada pela Associação, teve como objetivo informar e sensibilizar psicólogos e estudantes de Psicologia para a realidade de quem quer ter filhos e depende de ajuda médica para o conseguir.

Com coordenação de Ana Galhardo, responsável pela rede de apoio psicológico da APFertilidade, o workshop bianual (a última edição foi em junho de 2022, em Coimbra) teve a acreditação da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) e juntou profissionais e alunos em torno de algumas das questões que envolvem a (in)fertilidade.

No arranque da iniciativa, Ana Galhardo falou da importância do apoio psicológico na perspetiva dos pacientes, tendo em consideração o que acontece em Portugal, seguindo-se um trabalho prático, com os participantes divididos em grupo a analisar alguns exemplos de casos clínicos e a propor formas de intervenção.

Após uma pausa para almoço, os trabalhos foram retomados com a apresentação, por Ana Fonseca, da Universidade Coimbra, CINEICC e Faculdade de Psicologia e de Ciência da Educação, de Be a Mom, um programa de intervenção psicológica online para promover a saúde mental no período pós-parto. Mónica Fernandes, do Serviço de Psicologia - Hospital Magalhães Lemos (Unidade orgânica da Unidade Local de Saúde de Santo António), partilhou com os participantes a sua experiência quanto a especificidades do luto perinatal em procriação medicamente assistida.



Seguiu-se a intervenção de Jorge Gato, psicólogo e professor na Faculdade de Psicologia e de Ciência da Educação, que abordou o que sabe atualmente sobre famílias formadas por pessoas LGBTQIA+. A psicóloga e investigadora na Escola de Psicologia, na Universidade de Cardiff, Mariana Sousa Leite, esteve igualmente entre os oradores, com uma análise sobre quando, como e por quem é realizado o apoio psicossocial para o final do tratamento de fertilidade sem sucesso.

O workshop terminou com a apresentação das versões em Português das Guidelines da Sociedade Europeia de Reprodução Humana e Embriologia (ESHRE) para pacientes e para profissionais de saúde e ainda dos livros “Na minha história há... Uma Fada!”, “Na minha história há... Uma semente mágica!”, “Para Onde vão os bebés que não nascem?” e “Essa (não) é uma pergunta fácil”, obras que foram lançadas com o apoio da APFertilidade.



ARTIGOS

O que é e como funciona a indução da ovulação?



Joaquim Nunes
Especialista em medicina da
reprodução na Ovom Care Portugal

Para haver uma gravidez é necessário que um óvulo maduro seja fertilizado por um espermatozóide e que o embrião daí resultante se implante corretamente num endométrio recetivo.

Na natureza, o óvulo maduro é libertado ciclicamente pelo ovário da mulher, durante a sua vida reprodutiva, num processo designado por ovulação. A ovulação é, portanto, o processo natural em que o ovário liberta um óvulo maduro, pronto para ser fertilizado, durante o ciclo menstrual. Esse evento é fundamental para a reprodução humana e ocorre, geralmente, uma vez por ciclo, cerca de 14 dias antes do início da menstruação, em mulheres com ciclos regulares de 28 dias.

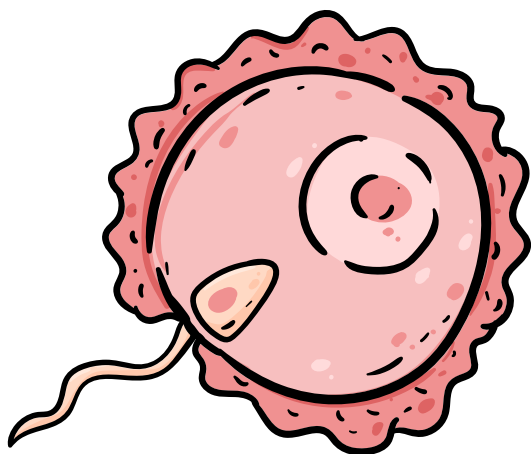
A ovulação é regulada por um complexo equilíbrio hormonal que inclui a estimulação do ovário por hormonas libertadas pela hipófise, designadas por gonadotrofinas (FSH e LH).

“À ausência ou irregularidade da ovulação chama-se anovulação e é uma das principais causas de infertilidade.”

Vários fatores podem afetar a ovulação como, por exemplo, a ausência de estimulação ovárica pelas gonadotrofinas, resistência do ovário à estimulação ou mesmo ausência de ovócitos nos ovários.

À ausência ou irregularidade da ovulação chama-se anovulação e é uma das principais causas de infertilidade. Contudo, esta pode, na maioria dos casos, ser tratada com intervenções médicas, como a indução de ovulação.

Perante uma suspeita de anovulação, habitualmente traduzida na clínica por amenorreia (ausência de menstruação) ou oligomenorreia (menstruações muito espaçadas no tempo), a primeira abordagem será confirmar essa mesma anovulação e tentar identificar a sua causa. Para isso, é extremamente importante uma história clínica bem colhida e alguns exames complementares, como doseamentos hormonais e ecografia pélvica.



Uma vez feita esta investigação, estaremos em condições de atuar medicamente de acordo com a causa, levando à restauração dos ciclos ovulatórios e corrigindo, em última análise, a infertilidade.

Esse procedimento médico conhecido como indução de ovulação é amplamente utilizado na prática clínica, seja em contexto de obtenção de gravidez natural ou como parte de técnicas de procriação medicamente assistida (PMA).

Na base da indução da ovulação está a utilização de medicamentos que estimulam e/ou regulam o eixo hormonal anteriormente referido, ou o próprio ovário, no sentido de promover e/ou restaurar a maturação ovocitária (também designada por folicular) e a libertação periódica de óvulos maduros, capazes de fertilizar.

Em contexto de técnicas de PMA, recorre-se também à estimulação ovárica de forma semelhante, mas mais intensa, no sentido de promover uma hiperestimulação do ovário e, conseqüentemente, um recrutamento e amadurecimento de múltiplos ovócitos em simultâneo.

ARTIGOS

Os medicamentos usados na indução da ovulação podem, de forma grosseira, dividir-se em dois tipos:

- Os antiestrogénios, que se baseiam na promoção de um aumento da libertação de gonadotrofinas endógenas pela hipófise, são de mais fácil utilização pois podem ser administrados por via oral e são relativamente acessíveis em termos de preço.
- As gonadotrofinas, que estimulam diretamente o ovário, são de administração injetável obrigatória e de custo elevado e que se usam no caso de ausência de sucesso com os antiestrogénios ou nas situações de estimulação ovárica em contexto de técnicas de PMA.

Sendo o objetivo desta intervenção terapêutica a indução da ovulação e consequente resolução da infertilidade por esse fator, é importante referir eventuais riscos associados à sua utilização, sendo os principais:

- A gravidez múltipla e as suas implicações obstétricas, familiares, psicológicas e sociais, que resulta do amadurecimento e libertação de dois ou mais ovócitos maduros na sequência da estimulação ovárica.
- A síndrome de hiperestimulação ovárica (SHO), complicação resultante duma resposta exagerada dos ovários à estimulação, com recrutamento dum número exagerado de folículos e uma consequente cascata de eventos patológicos potencialmente muito graves. De referir que, graças aos cuidados médicos que referirei mais adiante, o SHO é hoje em dia uma complicação muito rara.

Ora, como em quase todas as intervenções médicas, a busca da eficácia é o principal mo-

tor da intervenção (neste caso medida pela correção da anovulação e em última análise da infertilidade), mas a segurança nunca poderá ser descurada.

No âmbito da segurança, a principal medida que tem que ser adotada, é a monitorização de todo e qualquer ciclo em que haja estimulação da ovulação, nomeadamente com recurso a gonadotrofinas. Esta monitorização é simples, faz-se recorrendo ao uso de ecografia pélvica com sonda vaginal e, eventualmente, com recurso a doseamentos hormonais. Com essa abordagem, os riscos referidos serão reduzidos para valores residuais.

Num contexto de PMA, outras medidas específicas poderão ser escolhidas e adotadas individualmente caso a caso no sentido de promover a máxima segurança e evitação de complicações.

Em conclusão, podemos dizer que a indução da ovulação é uma ferramenta essencial no âmbito da medicina reprodutiva, permitindo de forma relativamente simples, eficaz e segura a resolução duma percentagem significativa de caso de infertilidade. Contudo, é um procedimento que requer acompanhamento médico especializado de forma a maximizar o êxito e minimizando as complicações.

“... a busca da eficácia é o principal motor da intervenção (...), mas a segurança nunca poderá ser descurada.”

Conheça as vantagens de ser associado da APFertilidade

- 🪐 Acesso a condições especiais em clínicas de fertilidade, farmácias, laboratórios e apoio psicológico
- 🪐 1.ª consulta gratuita de Psicologia
- 🪐 Benefícios em várias especialidades médicas e serviços de bem-estar
- 🪐 Participação em iniciativas destinadas ao mindfulness
- 🪐 Informação exclusiva por email e na área de membro

Torne-se Associado



ARTIGOS

A eficácia da medicina chinesa na insuficiência ovárica prematura: revisão de evidências e integração com a PMA



Filipa Teles

Especialista em medicina chinesa integrativa na área de Ginecologia/Obstetrícia, Fertilidade e Pediatria



Filipa Rafael

Especialista em Ginecologia, Obstetrícia e Medicina de Reprodução



A insuficiência ovárica prematura (IOP) é uma condição que afeta aproximadamente 1% das mulheres em idade reprodutora, caracterizando-se pela interrupção precoce da função ovariana, que ocorre antes dos 40 anos (Nelson, 2009). Esta condição manifesta-se clinicamente por amenorreia, níveis elevados de hormona folículo-estimulante (FSH) e baixos níveis de hormona antimulleriana (AMH), indicadores de uma reserva ovárica diminuída (Ferrarini et al. 2013). A medicina alópática aborda frequentemente a IOP com técnicas de procriação medicamente assistida (PMA), como a fertilização in vitro (FIV). No entanto, estas intervenções apresentam limitações significativas, especialmente em pacientes com resposta ovárica reduzida, comprometendo a taxa de sucesso dos tratamentos (Younis, 2012). Neste contexto, muitas pacientes procuram terapias complementares para melhorar os resultados.

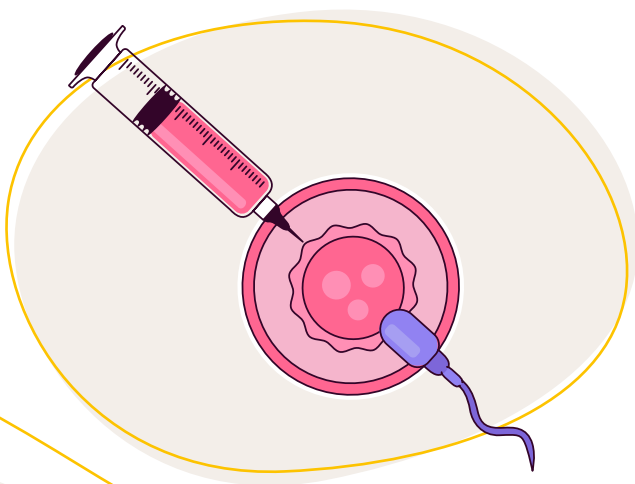
A Medicina Tradicional Chinesa (MTC) compreende a IOP de uma forma distinta, vendo-a como um desequilíbrio da essência (jing), da energia vital (qi) e do sangue (xue). Estes conceitos podem ser correlacionados com aspetos da medicina ocidental, como a função mitocondrial, o stress oxidativo e os desequilíbrios hormonais. A MTC propõe restaurar o equilíbrio fisiológico através de intervenções como a acupuntura e a fitoterapia, cuja eficácia tem sido alvo de investigações recentes. Este artigo explora a integração das terapias da MTC no tratamento da IOP e discute a sua complementaridade com os tratamentos convencionais, destacando os mecanismos de ação, os potenciais benefícios clínicos e as perspectivas das pacientes. Ao compilar e analisar a evidência científica atual, procuramos fornecer uma visão abrangente sobre a viabilidade e os desafios da adoção de abordagens integrativas.

ARTIGOS

Abordagens Convencionais no Tratamento da IOP

A FIV e a injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI) são estratégias amplamente utilizadas no tratamento da insuficiência ovárica prematura, recorrendo a protocolos clássicos que envolvem a estimulação ovárica com gonadotrofinas. Este processo tem como objetivo o desenvolvimento de múltiplos folículos, aumentando a probabilidade de recolher ovócitos viáveis e, conseqüentemente, de alcançar uma gravidez bem-sucedida. A eficácia destas abordagens está relacionada com a capacidade de estimular a produção de um número significativo de folículos, o que eleva a quantidade de ovócitos disponíveis para fertilização.

Contudo, em pacientes com baixa reserva ovárica, mesmo a aplicação de doses máximas de medicação hormonal, pode resultar numa resposta subótima (Younis, 2012). Para estas mulheres, a obtenção de ovócitos suficientes representa um desafio que limita as taxas de sucesso das técnicas de FIV convencionais.



Protocolos Alternativos de Estimulação

Para responder à baixa resposta ovárica, diversas estratégias alternativas de estimulação têm sido desenvolvidas. Um exemplo é o protocolo de estimulação dupla (dual stim), que envolve dois ciclos de estimulação ovárica durante o mesmo ciclo menstrual. Estudos indicam que a estimulação dupla, com a segunda fase iniciada logo após a primeira colheita de ovócitos, melhora o número de ovócitos e embriões em comparação com protocolos convencionais (Moffat et al., 2014). O protocolo de Xangai, uma variação da dupla estimulação, foi eficaz em pacientes com baixa resposta ovariana, resultando em uma maior quantidade de ovócitos de alta qualidade e taxas de gravidez mais altas em comparação com FIV convencional (Zargar et al., 2022). Estratégias de estimulação contínua, incluindo fases folicular e lútea, mostraram-se promissoras em maximizar o rendimento de ovócitos e em atender pacientes com resposta ovariana reduzida (Xu & Li, 2013).

FIV em Ciclo Natural

Quando a estimulação ovárica não é eficaz em casos mais graves de IOP, a FIV em ciclo natural surge como uma alternativa viável. Este método utiliza o ovócito que é naturalmente selecionado pelo organismo, evitando a utilização de medicação estimuladora e os efeitos adversos associados (Revelli et al., 2014). Estudos mostram que, para pacientes com resposta ovariana baixas, a FIV em ciclo natural pode oferecer um oócito de melhor qualidade, pois este é naturalmente selecionado pelo corpo, e permite a transferência num endométrio que não foi modificado pela hiperestimulação ovariana (Reyftmann et al., 2007). A FIV em ciclo natural pode ser repetida em ciclos consecutivos e ter um custo menor (Nargund et al., 2001).

Limitações das Abordagens Convencionais

Apesar dos avanços nas estratégias de estimulação, as taxas de sucesso em pacientes com IOP continuam a ser modestas, especialmente quando a idade da mulher e a quantidade total de ovócitos maduros colhidos são fatores limitantes (Rodríguez Varela et al., 2023). Estas dificuldades justificam a necessidade de explorar estratégias complementares que possam melhorar a resposta ovárica e os resultados reprodutivos. O crescente interesse em integrar terapias complementares, como a acupuntura e a fitoterapia, tem incentivado investigações sobre os seus potenciais benefícios quando combinadas com tratamentos convencionais de PMA.

Evidências científicas da acupuntura

A acupuntura tem sido amplamente estudada e reconhecida como uma intervenção eficaz no tratamento da infertilidade e, em particular, na insuficiência ovárica prematura. As evidências provêm de ensaios clínicos randomizados e de meta-análises, que sublinham os seus efeitos positivos em diversos mecanismos fisiológicos e em desfechos reprodutivos.

Os mecanismos de ação da acupuntura na IOP incluem a melhoria do fluxo sanguíneo ovário-uterino, a modulação neuroendócrina e o impacto na qualidade dos ovócitos. Estudos demonstram que a acupuntura promove a vasodilatação local, o que aumenta o aporte de oxigênio e nutrientes aos ovários e ao útero, criando um ambiente mais favorável à maturação folicular e à implantação embrionária (Stener-Victorin et al., 2010). O uso de ultrassonografias com Doppler confirmou estas observações, mostrando uma redução do índice de resistência arterial uterina após as sessões (Dieterle et al., 2006).

Outro aspeto relevante é a modulação do eixo hipotálamo-hipófise-ovário, que a acupuntura é capaz de regular, melhorando a secreção de hormonas como FSH e LH, essenciais para a ovulação, mesmo em pacientes com anovulação (Smith et al., 2011). A redução dos níveis de stress, identificada através da diminuição do cortisol em estudos salivários, também tem um impacto positivo na fertilidade (Domar et al., 2011).

O impacto na qualidade ovocitária é outro fator que reforça o valor da acupuntura. Estudos sugerem que a acupuntura reduz a apoptose das células da granulosa e melhora a função mitocondrial, resultando em maior produção de ATP, crucial para a maturação e viabilidade dos ovócitos (Zheng et al., 2017).

Evidências clínicas também suportam o uso da acupuntura. Uma revisão sistemática conduzida por Smith et al. (2011) indicou um aumento nas taxas de gravidez em mulheres submetidas a FIV, particularmente quando a acupuntura foi realizada no dia da transferência embrionária. Além disso, Magarelli et al. (2009) demonstraram que mulheres com baixa reserva ovárica apresentaram melhorias significativas nas taxas de fertilização e implantação quando a acupuntura foi integrada ao ciclo de FIV. Zheng et al. (2017) reforçou esses achados, apontando para uma melhoria nos níveis de AMH e uma redução nos níveis de FSH em pacientes com IOP tratadas com acupuntura.

Evidências científicas da fitoterapia

A fitoterapia chinesa é outra abordagem significativa na gestão da IOP, empregando combinações de plantas medicinais para restaurar o equilíbrio interno e potenciar a função reprodutora. Esta abordagem é personalizada com base nas necessidades específicas de cada paciente, tendo

ARTIGOS

em conta o estado energético e hormonal.

Um dos principais mecanismos de ação da fitoterapia é a regulação hormonal. Estudos destacam fórmulas como Gui Shao Di Huang Wan, que têm demonstrado a capacidade de aumentar a secreção de AMH e melhorar os níveis de estradiol em mulheres com baixa reserva ovárica (Li et al., 2014). Além disso, a fitoterapia possui propriedades antioxidantes significativas. Plantas como Huang Qi (*Astragalus*) e Dang Gui (*Angelica sinensis*) desempenham um papel importante na redução do stress oxidativo, protegendo os ovócitos contra danos induzidos por espécies reativas de oxigênio (Ng et al., 2018).

A melhoria do ambiente ovárico é outra contribuição possível da fitoterapia. Fórmulas como Sheng Yu Tang são conhecidas por promover a angiogênese nos ovários, melhorando a vascularização e fornecendo um suporte nutricional adequado aos folículos (Zhu et al., 2016).

As evidências clínicas corroboram os benefícios da fitoterapia na IOP. Uma meta-análise de Zheng et al. (2017) revelou que mulheres tratadas com fitoterapia apresentaram melhorias significativas nos níveis hormonais e uma maior

probabilidade de concepção. Yang et al. (2018) indicou que a fitoterapia pode atrasar o declínio da função ovárica, promovendo ciclos menstruais regulares e ovulação. Zhu et al. (2016) observaram que a combinação de fitoterapia com acupuntura resultou num aumento das taxas de gravidez em mulheres com IOP, sugerindo que estas abordagens integradas podem ser particularmente eficazes.

Integração com a PMA

A medicina alopática e a Medicina Tradicional Chinesa abordam a infertilidade de formas distintas, mas potencialmente complementares. Enquanto a medicina alopática foca-se em intervenções específicas baseadas em evidências científicas, a MTC adota uma perspectiva holística, considerando a infertilidade como uma manifestação de desequilíbrios no organismo. Esta abordagem integrativa é particularmente relevante em casos de insuficiência ovárica prematura (IOP), onde a resposta aos protocolos convencionais de estimulação é frequentemente subótima.

Na MTC, a diminuição da fertilidade é vista como um reflexo da redução da energia vital (qi) e do desequilíbrio dos sistemas corporais, um conceito que se assemelha à ideia de reserva ovárica reduzida na medicina alopática. Reconhecer estas semelhanças pode facilitar a colaboração interdisciplinar e promover abordagens integradas que maximizem os benefícios para as pacientes.

Evidências sugerem que a integração de práticas da MTC com a PMA pode levar a melhorias nas taxas de sucesso dos tratamentos. Ensaios clínicos mostram, por exemplo, que a acupuntura, quando aplicada durante ciclos de FIV, pode aumentar as taxas de implantação embrionária em até 20% comparativamente aos grupos de controlo (Dieterle et al., 2006). Esta intervenção melhora o fluxo sanguíneo uterino e otimiza a



recetividade endometrial, criando um ambiente mais favorável à implantação. A fitoterapia, por sua vez, complementa os ciclos naturais ao promover a regulação hormonal e melhorar a qualidade dos ovócitos e do ambiente uterino.

Outro aspecto relevante é a potencial redução dos efeitos adversos dos tratamentos convencionais. Estudos apontam que a acupuntura pode diminuir a necessidade de doses elevadas de gonadotrofinas e mitigar o risco de síndrome de hiperestimulação ovárica (Stener-Victorin et al., 2010), tornando os protocolos de estimulação mais seguros e bem tolerados pelas pacientes.

Essencial em discussão

A integração de práticas da MTC com a PMA levanta questões importantes sobre a eficácia, a segurança e a aplicabilidade clínica. Os estudos atuais sugerem que intervenções como a acupuntura e a fitoterapia podem desempenhar um papel valioso na otimização dos tratamentos reprodutores, contribuindo para a melhoria dos resultados e para o bem-estar geral das pacientes (Zheng & Fang, 2019). No entanto, é fundamental reconhecer as limitações inerentes à literatura existente, como a heterogeneidade metodológica e a falta de uniformização nos protocolos de MTC utilizados (Tong, 2018).

As evidências que sustentam a eficácia da acupuntura em aumentar a taxa de implantação e reduzir o stress das pacientes durante a FIV são consistentes, mas a variação nos resultados sublinha a necessidade de estudos adicionais de alta qualidade e com amostras maiores. A modulação neuroendócrina e a melhoria do fluxo sanguíneo uterino, mecanismos associados à acupuntura, encontram eco nas práticas da medicina alopática que procuram otimizar a recetividade endometrial.

Por outro lado, a fitoterapia, embora promissora, requer uma atenção especial em termos de segurança e regulamentação. A qualidade dos produtos fitoterápicos e a potencial interação com medicamentos convencionais devem ser monitorizadas para evitar riscos às pacientes. Assim, a colaboração interdisciplinar entre médicos e terapeutas de MTC é crucial para desenvolver protocolos integrados que sejam seguros e eficazes.

A perspectiva das pacientes é um elemento central na discussão. Estudos qualitativos mostram que muitas mulheres valorizam abordagens que consideram tanto os aspectos físicos como emocionais do tratamento da infertilidade (Grant & Cochrane, 2014). A inclusão de terapias complementares pode aumentar a satisfação com os tratamentos e a adesão aos protocolos, melhorando, em última instância, os resultados clínicos e a qualidade de vida (Boivin et al., 2012).

A insuficiência ovárica prematura (IOP) continua a ser um dos maiores desafios na medicina reprodutora, com taxas de sucesso limitadas em tratamentos convencionais de estimulação. A FIV em ciclo natural representa uma alternativa menos invasiva, respeitando os ritmos fisiológicos das pacientes e evitando a sobrecarga medicamentosa, embora com taxas de sucesso modestas (Revelli et al., 2014).

A Medicina Tradicional Chinesa, com intervenções como a acupuntura e a fitoterapia, complementa as estratégias convencionais ao

“Muitas mulheres valorizam abordagens que consideram tanto os aspectos físicos como emocionais do tratamento da infertilidade”

ARTIGOS

otimizar a qualidade ovocitária, melhorar a regulação hormonal e promover um ambiente uterino mais propício à implantação. As evidências científicas indicam que estas práticas podem aumentar as taxas de sucesso da PMA e reduzir os efeitos adversos, promovendo uma abordagem integrativa que respeita as particularidades de cada paciente.

Para maximizar os benefícios desta integração, é essencial uma colaboração eficaz entre os profissionais de saúde, garantindo a personalização dos tratamentos e a formação adequada em ambas as áreas. Protocolos multidisciplinares

que combinem o melhor da medicina alopática e da MTC, com atuação especializada em fertilidade integrativa, podem proporcionar cuidados mais abrangentes e centrados na paciente, melhorando as taxas de sucesso reprodutivo e a qualidade de vida das mulheres com IOP.

Ao adotar uma abordagem baseada em evidências e centrada na paciente, a integração da MTC transforma-se numa ferramenta indispensável para enfrentar os desafios da IOP, oferecendo esperança renovada às mulheres que procuram expandir as suas opções de tratamento.

Bibliografia

- Boivin, J., Bunting, L., Collins, J. A., & Nygren, K. G. (2012). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Human Reproduction*, 22(6), 1506–1512. <https://doi.org/10.1093/humrep/dem046>
- Dieterle, S., Ying, G., Hatzmann, W., & Neuer, A. (2006). Effect of acupuncture on the outcome of in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection: a randomized, prospective, controlled clinical study. *Fertility and Sterility*, 85(5), 1347–1351. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2005.09.062>
- Ferrarini, E., Simoni, M., Pilia, S., Fava, L., Scagliarini, R., & Trenti, T. (2013). Characteristics and analysis of women with premature ovarian insufficiency: genetic and clinical insights. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 98(5), 1767–1774. <https://doi.org/10.1210/jc.2013-1024>
- Grant, L. E., & Cochrane, S. (2014). Acupuncture for the mental and emotional health of women undergoing IVF treatment: A comprehensive review. *Australian Journal of Acupuncture and Chinese Medicine*, 9, 5–12.
- Li, X., Liu, J., Shen, X., & Huang, Y. (2014). Influence of traditional Chinese medicine on serum anti-Müllerian hormone (AMH) levels in women with diminished ovarian reserve: a pilot study. *Journal of Ethnopharmacology*, 155(1), 131–138. <https://doi.org/10.1016/j.jep.2014.06.012>
- Magarelli, P. C., Cridennda, D. K., & Cohen, M. (2009). Acupuncture and IVF poor responders: a review. *Journal of Integrative Medicine*, 8(2), 85–93. <https://doi.org/10.1016/j.joim.2009.02.004>
- Moffat, R., Morin, S., Cantin, M., & Lapensée, L. (2014). Stimulation options in enhancing oocyte yield and ART outcomes. *Reproductive Medicine Journal*, 32(4), 227–236.
- Nargund, G., Fauser, B. C., Macklon, N. S., & Ombelet, W. (2001). Mild ovarian stimulation for IVF: the new standard? *Reproductive Biomedicine Online*, 33(1), 50–58. [https://doi.org/10.1016/S1472-6483\(10\)60442-0](https://doi.org/10.1016/S1472-6483(10)60442-0)
- Revelli, A., Piane, L. D., Casano, S., Gennarelli, G., & Racca, C. (2014). Natural cycle IVF in patients with reduced ovarian reserve: a more physiological approach. *Human Fertility*, 17(1), 26–31. <https://doi.org/10.3109/14647273.2014.902937>
- Rodríguez Varela, D. A., et al. (2023). Validation of a model for estimating the number of mature oocytes needed to produce at least one euploid blastocyst: a case study. *Fertility and Sterility*, 120(2), 362–371. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2023.05.012>
- Stener-Victorin, E., Waldenström, U., Andersson, S. A., Wikland, M., & Naka, K. S. (2010). Acupuncture as treatment of infertility: effects on the endometrial receptivity and implantation rates. *Human Reproduction*, 25(8), 1803–1812. <https://doi.org/10.1093/humrep/deq095>
- Smith, C., de Lacey, S., Chapman, M., & Norman, R. (2011). The influence of acupuncture on pregnancy outcomes in women undergoing IVF: A systematic review and meta-analysis. *Fertility and Sterility*, 95(5), 1910–1914. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2010.12.073>
- Tong, G. (2018). Traditional Chinese medicine showing promising results in reproductive medicine. *Chinese Medicine and Culture*, 1, 49–50. https://doi.org/10.4103/cmac.cmac_4_18
- Xu, Z., & Gao, Y. (2018). Effects of acupuncture on ovarian blood supply and pregnancy outcomes in patients receiving assisted reproduction. *Journal of Acupuncture and Tuina Science*, 16, 253–259. <https://doi.org/10.1007/s11726-018-1059-6>
- Yang, H., Chen, S., & Li, Q. (2018). Effects of Chinese herbal formulas on ovarian function and fertility: an integrative review. *Journal of Traditional Chinese Medical Sciences*, 5(2), 123–130. <https://doi.org/10.1016/j.jtcm.2018.02.001>
- Younis, J. S. (2012). Ovarian aging and implications for fertility and pregnancy in assisted reproductive technology cycles. *Journal of Clinical Medicine*, 10(2), 215–226. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2011.11.004>
- Zheng, X., & Fang, Y. (2019). Case of acupuncture combined with Chinese herbal medication in assistance of pregnancy after 11 failures of IVF-ET at advanced age. *World Journal of Acupuncture-Moxibustion*, 29, 312–315. <https://doi.org/10.1016/j.wjam.2019.11.004>



Associação Portuguesa de
Fertilidade

Apoio Psicológico *para Associados*

PRIMEIRA CONSULTA
online gratuita com:



Ana Galhardo

*Psicóloga Clínica e coordenadora
da rede de apoio psicológico
da APFertilidade*



INVESTIGAÇÃO

Avaliação de microRNAs no esperma e embriões pode aumentar taxas de sucesso de tratamentos de fertilidade

A forma como é avaliada a qualidade do esperma e são selecionados embriões para transferência em tratamentos de reprodução medicamente assistida pode vir a sofrer uma alteração que, a confirmar-se numa análise a uma amostra maior de pacientes, pode vir a traduzir-se em melhores taxas de sucesso em terapêuticas de fertilidade. Segundo um estudo liderado por investigadores do Laboratório Associado para a Química Verde e do Instituto de Biomedicina da Universidade de Aveiro, a abundância de dois microRNAs específicos no espermatozóide humano pode dar informações sobre a qualidade do esperma e a qualidade e desempenho metabólico do embrião humano durante o desenvolvimento in vitro.

Em outubro deste ano, o Prémio Nobel de Medicina de 2024 foi atribuído à dupla Victor Ambros e Gary Ruvkun pela descoberta do microR-

NA, uma nova classe de pequenas moléculas de RNA (sigla inglesa para ácido ribonucleico) que desempenham um papel crucial na regulação da expressão de genes. Estas moléculas são fundamentais para controlar a produção de proteínas nas células, influenciando, assim, uma variedade de processos biológicos, incluindo o desenvolvimento embrionário.

Após esta atribuição do Prémio Nobel da Medicina, a descoberta feita pelo estudo coordenado pelo investigador Pedro Oliveira, do Laboratório Associado para a Química Verde, e por Marco Alves, do Instituto de Biomedicina, veio abrir um caminho que pode revelar-se muito promissor para a Andrologia e fertilidade. A investigação, publicada na revista [Andrology](#) focou-se em dois miRNAs específicos, o miR-34c-5p e o miR-191-3p, encontrados nos espermatozóides humanos.



Investigador Pedro Oliveira

“O miR-34c-5p sabe-se estar envolvido na regulação de processos celulares essenciais para a embriogénese, como o metabolismo, a progressão do ciclo celular e apoptose (morte celular programada). O miR-191-3p tem sido associado a vários processos biológicos, incluindo a situações patológicas cancro e outras doenças, mas a sua função específica no desenvolvimento embrionário ainda não estava descrita”, explicou Pedro Oliveira à +Fertilidade Magazine.

Para o desenvolvimento do estudo foram acompanhados treze casais, que passaram por

um total de 13 ciclos. A qualidade do esperma foi avaliada através de métodos convencionais, seguindo as diretrizes da Organização Mundial de Saúde, no sentido de medir a abundância de microRNA nos espermatozoides. Os resultados desta avaliação revelaram que existe uma ligação entre a sua presença e a motilidade dos gametas masculinos e a qualidade embrionária. De acordo com o investigador, o miR-34c-5p presente no esperma está “negativamente correlacionado com a motilidade total dos espermatozoides”, o que significa que, quando em níveis mais elevados, está

INVESTIGAÇÃO

associado a uma menor motilidade. “Além disso, descobrimos que níveis mais elevados de miR-34c-5p nos espermatozóides estão associados a embriões de melhor qualidade”, acrescentou.

O que torna esta descoberta um avanço considerável é que “o miR-34c-5p pode ser um biomarcador útil para a qualidade do espermatozóide e para o potencial de desenvolvimento do embrião”, ainda que, ressalva Pedro Oliveira, seja necessário aprofundar a investigação para confirmar estes resultados numa amostra maior de pacientes. “Embora os nossos resultados sejam promissores, são necessários mais estudos para confirmar estes resultados e para investigar o mecanismo pelo qual o miR-34c-5p influencia a qualidade do espermatozóide e o desenvolvimento do embrião”.

Os investigadores acreditam que existe a possibilidade de o estudo ter uma aplicação prática a médio prazo, uma vez que, se os resultados forem confirmados, o miR-34c-5p pode ser usado como um biomarcador e “ajudar os embriologistas a selecionar os melhores espermatozóides para técnicas de reprodução medicamente assistida, aumentando assim as chances de sucesso dessas técnicas”.

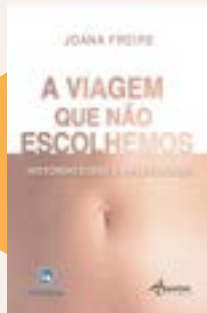
Ainda que promissor, o estudo está numa fase inicial. Pedro Oliveira explica que os próximos passos são confirmar os resultados num

“Acreditamos que esta investigação tem o potencial de melhorar significativamente as taxas de sucesso das técnicas de reprodução medicamente assistida”

grupo maior de pacientes, investigar o mecanismo pelo qual o miR-34c-5p influencia a qualidade do espermatozóide e o desenvolvimento do embrião, desenvolver um teste de diagnóstico para medir os níveis de miR-34c-5p nos espermatozóides e realizar ensaios para avaliar a eficácia do microRNA como um biomarcador.

“Acreditamos que esta investigação tem o potencial de melhorar significativamente as taxas de sucesso das técnicas de reprodução medicamente assistida”, antevê o responsável, uma vez que quando os perfis de microRNA estão desregulados, são associados a interferências no desenvolvimento embrionário e ao aumento da incidência de perda gestacional.

À venda na APFertilidade



É um livro que nos leva a uma íntima viagem pelo mundo da infertilidade. Onde descobrimos histórias de mulheres que nasceram sem útero e/ou vagina; que tiveram de retirar o útero por doença ou lesão e mulheres que têm útero, mas não conseguem levar a gestação até ao fim.



Como se formam os bebés? Como crescem na barriga das mães? O que é isso de óvulos e espermatozóides? Perguntas como estas podem ser feita a qualquer momento pelos mais pequenos à medida que crescem e vão ficando cada vez mais curiosos.



A mãe e o pai sonhavam comigo e com o dia em que me iam pegar ao colo. Tentaram juntar a semente do papá com o ovo da mamã e esperaram. Esperaram e continuaram a esperar, mas eu não aparecia. Não sabiam que, às vezes, são precisos ovos de fadas para nascermos. E tu sabias?



A mãe e o pai sonhavam comigo e com o dia em que me iam pegar ao colo. Tentaram juntar a semente do papá com o ovo da mamã e esperaram. Esperaram e continuaram a esperar, mas eu não aparecia. Não sabiam que, às vezes, são precisos ovos de fadas para nascermos. E tu sabias?



- Estamos no ar em 3, 2, 1!
Por vezes, um bebé que ainda está na barriga da mãe, não consegue esperar o tempo todo até ao fim para nascer.
- Mas se não nascem, para onde será que vão?

[Compre aqui](#)

ENTREVISTA

“Tempos de espera deixam casais muito frustrados e desiludidos”



Íris Bravo é médica especialista em Ginecologia e Obstetrícia, com subespecialidade em Medicina da Reprodução, e recentemente assumiu a direção do Centro de Infertilidade e Reprodução Medicamente Assistida (CIRMA) do Hospital Garcia de Orta, em Almada, que passou este

ano a ter em funcionamento um Centro de Responsabilidade Integrada. À +Fertilidade Magazine admitiu um otimismo quanto ao apoio à fertilidade que pode ser prestado em Portugal, mas sublinha que há decisões ainda a tomar para se chegar a um equilíbrio.

+Fertilidade Magazine: Como é ser profissional de saúde na área de apoio à fertilidade no serviço público?

Íris Bravo: É um exercício de persistência e procura do equilíbrio entre lidar com situações complexas, sobretudo relacionadas com a escassez de recursos humanos, tempos de espera para tratamentos e imposições legais limitantes da idade da mulher, e a gratificação de ver reconhecida a qualidade do nosso trabalho e a felicidade das famílias que ajudamos a construir.

+Fertilidade Magazine: Assumi recentemente a direção do CIRMA. Ainda que já integrasse a equipa da unidade há vários anos, passar a dirigir o centro trouxe-lhe novos desafios? Mudou de alguma forma a perspetiva que tinha do que é a organização de um centro de PMA?

Íris Bravo: A direção do centro, tendo em conta que faço parte do CIRMA desde a sua fundação, foi o que eu estava à espera e também um desafio. Implementámos um novo modelo de organização e aumentámos a atividade, pelo que ainda estamos a adaptar-nos à nossa nova realidade. A minha perspetiva de direção de um centro PMA continua igual, balanceada entre a minha faceta sonhadora e romântica inata versus a realista e prática.

+Fertilidade Magazine: O CIRMA passou a ter um Centro de Responsabilidade Integrada, tornando-se a segunda unidade de apoio à fertilidade do país a incluir um CRI, depois do Hospital de São João, no Porto. De que forma foi organizada a estrutura e que resultados já são possíveis avançar?

Íris Bravo: A estrutura foi organizada graças a um grande apoio da nossa administradora hospitalar, porque apesar de eu ter feito formação em gestão em saúde, os estudos de sustentabilidade especí-

ficos necessários para a elaboração de um projeto CRI obrigam ao apoio em termos de know how financeiro e de gestão. Os resultados que posso avançar desde a nossa criação, em julho de 2024 são, a par com o incremento da equipa médica e de enfermagem, uma significativa redução da nossa lista de espera para primeira consulta e para tratamento FIV/ICSI.

+Fertilidade Magazine: É possível ser otimista quanto à qualidade e futuro da ajuda prestada a pessoas com problemas de fertilidade no SNS? Que desafios ainda se apresentam aos centros e quais as dificuldades de quem deles necessita para ter filhos?

Íris Bravo: Sim, é possível ser otimista. Penso que não só é possível sê-lo, como temos muitos motivos para acreditar num futuro promissor da PMA pública em Portugal.

Existem profissionais diferenciados e com alta qualidade técnica e humana em todos os centros públicos de PMA. São equipas motivadas e dedicadas a prestar cuidados no âmbito da Infertilidade com muita qualidade, que têm envidado esforços para chegarem a cada vez mais utentes e com maior celeridade.

O maior desafio, neste momento, no CRI Fertilidade, são os ciclos com gâmetas de dador e dadora, tanto de espermatozóides como de ovócitos. Os tempos de espera, que rondam os três anos, deixam os casais muito frustrados e desiludidos.

+Fertilidade Magazine: Quais são as prioridades para a aumentar a capacidade de resposta da saúde pública à infertilidade?

Íris Bravo: Investir no potencial humano através da captação, fixação e motivação dos profissionais diferenciados que atualmente se encontram nos centros, repensar a organização e os modelos de gestão, adaptar e modernizar infraestruturas e equipamentos.

APOIO PSICOLÓGICO

Ser mãe depois dos 40



Juliana Pedro
Psicóloga Clínica

[instagram.com/juliana_pedro_psicologa](https://www.instagram.com/juliana_pedro_psicologa)

Quais os desafios que enfrentam?

Desafios biológicos

Sabe-se que a idade é um fator determinante na fertilidade, especialmente a idade da mulher. Sabemos que a fertilidade da mulher começa a diminuir por volta dos 30 anos, sendo que a partir dos 35 anos a diminuição é mais significativa. Ao contrário da expectativa da maioria das pessoas

(Lampic, 2006), os tratamentos de procriação medicamente assistida não conseguem compensar o efeito da idade. De facto, sabemos que o sucesso dos tratamentos de PMA é também muito influenciado pela idade da mulher. Segundo o último relatório do Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida disponível, de 2021, a taxa de gravidez por transferência após ICSI é de 21% aos 40-42 anos, sendo que a taxa de sucesso ronda os cerca de 39% aos 30-34 anos.

E quando surge um diagnóstico de infertilidade?

O diagnóstico de infertilidade é um acontecimento de vida com impacto considerável na vida de um casal/pessoa. À semelhança do que acontece em qualquer idade, o diagnóstico é por norma acompanhado de sentimentos de tristeza, frustração, inadequação e vergonha, trazendo por vezes sintomatologia ansiosa e/ou depressiva associada. Quando as mulheres se deparam com um diagnóstico de infertilidade, sobretudo após a “decisão” de serem mães numa “fase mais tardia”, esse impacto parece ainda ser mais exacerbado. Sentimentos de culpa e arrependimento são frequentes, sobretudo em situações de mau prognóstico ou perante alternativas como o recurso a gâmetas doados (ovócitos e/ou espermatozóides).

“A decisão de ser mãe após os 40 anos pode ser sentida como uma decisão mais desafiante”

Desafios socioculturais

A decisão de ser mãe após os 40 anos pode ser sentida como uma decisão mais desafiante. Muitas mulheres relatam que a sua decisão é mais facilmente “contestada” e alvo de questionamento por parte dos que a rodeiam, com alguma crítica associada (“Devias ter pensado nisso antes”; “Agora já é tarde”), agravadas por falta de apoio social, seja instrumental seja emocional. Não raras vezes essas preocupações são trazidas à consulta de Psicologia, sendo causadoras de muita ansiedade ou até barreiras ao tratamento: “Estarei a ser egoísta por querer um filho nesta fase?”; “Se tiver um filho agora, sei que ele vai ter menos tempo comigo do que outras crianças que nascem de pais mais novos”.

Desafios pessoais

Cada um de nós tem o seu sistema de crenças e valores, que nos guiam ao longo da vida. Perante decisões tão importantes e fases de mudança/adaptação, estas crenças e valores são ativados,

como por exemplo o nascimento de um filho. Um dos desafios frequentemente mencionado em consulta é o receio acerca do impacto da vinda do bebé na relação de casal, sobretudo em casais com relações mais longas. Muitos dizem “quanto há mais anos estamos juntos, mais medo temos... porque até aqui fomos sempre só os dois”. Efetivamente, esta mudança poderá exigir uma adaptação mais flexível. Adicionalmente, mães com idades mais tardias reportam mais preocupações acerca de serem capazes de cuidar dos filhos quando forem mais velhas, e apresentam também uma maior perceção de perda da liberdade e um nível mais elevado de stress (Reece, 1995, 1996.) Estes resultados poderão estar relacionados com vários fatores, nomeadamente suporte social disponível, crenças e expectativas acerca do projeto e também características pessoais, tais como inflexibilidade psicológica e estratégias coping pessoais. Expor estas preocupações em consulta e trabalhar as crenças e expectativas de cada elemento do casal poderá trazer benefícios no período pós-parto e nesta transição para a vida com filhos.

APOIO PSICOLÓGICO

Desafios específicos de maternidade a solo

Ser mãe num projeto de maternidade independente implica um processo de tomada de decisão por vezes mais complexo. Vários aspetos são ponderados e algumas preocupações são comuns, tais como receio da capacidade de cuidar de uma criança sozinha, receio do impacto da criança crescer sem pai, autocrítica face à decisão como sendo “egoísta”, reconstrução do projeto de maternidade (quando a expectativa inicial/desejada seria no contexto de uma relação), entre outros. Adicionalmente, a necessidade de recorrer a tratamento para alcançar o projeto pode ser mais uma barreira, sobretudo face a constrangimentos financeiros ou receio dos procedimentos de PMA ou até barreiras pessoais, emocionais ou religiosas face à PMA.

Após os 40 anos, esta decisão pode ter ainda mais desafios, sobretudo a preocupação face à capacidade de cuidar da criança em idades mais tardias e também face à maior dificuldade de acesso ao suporte social. No entanto, estes fatores parecem também estar presentes nos projetos de maternidade em contexto de casal.

O que nos diz a investigação?

Ser mãe “mais tarde” do que o socialmente esperado e “desejavelmente” biologicamente ideal, é também um foco de interesse da investigação. Quando somos pais mais “velhos”, serão só desvantagens? Seguem alguns dados que podem ser interessantes:

- Ter um filho aos 30 ou 40 anos parece não ter efeitos negativos na parentalidade (van Balen, 2005);
- Crianças de pais com mais de 30 anos apresentam índices superiores de felicidade, menos problemas de comportamentos e mais proximidade aos pais (Rappaport, 2000);
- Alguns estudos mostram que a parentalidade mais tardia traz alguns benefícios, sobretudo no que diz respeito à disponibilidade psicológica. Este fator é atribuído ao facto de, nesta fase, de forma mais frequente, o foco na carreira já não ser tão intenso e, portanto, temos mais “tempo” e tempo de qualidade. Por outro lado, a experiência de vida traz maturidade e também resiliência, sendo que alguns estudos também apontam que quanto mais velhos somos, mais adequadas as nossas estratégias de coping.

Sugestões

Procure suporte junto dos mais próximos, sobretudo junto das pessoas com quem tem relações seguras, saudáveis, abertas e apoiantes.

Procure ajuda profissional. Aconselhe-se junto do seu médico; se planeia engravidar após os 40 anos, poderá ser importante consultar um médico especialista na área da fertilidade. Sendo a idade um fator importante na saúde reprodutiva, tanto na obtenção da gravidez como numa gravidez e bebé saudável, procure esta ajuda atempadamente. Após 6 meses de tentativas sem sucesso, é recomendável procurar ajuda (se a mulher tiver 35 ou mais anos).

“Um projeto de maternidade não é menos válido porque surge ‘mais tarde’ ”

Procure ajuda profissional na área da Psicologia:

- Explorar o significado de ser mãe, identificar as barreiras, dúvidas e crenças dificultadoras e trabalhar nas estratégias para lidar com elas poderão contribuir para a tomada de uma decisão mais firme;
- Trabalhar as crenças e expectativas face ao projeto, nomeadamente a promoção da aceitação/luto do projeto de maternidade idealizado vs. possível: um projeto que já estava desejado e planeado há mais tempo e foi adiado; um projeto de maternidade por gravidez espontânea e foi reconstruído com recurso a tratamento; um projeto de maternidade com recurso a tratamento que foi adaptado para recurso também a gâmetas doados; um projeto de casal que foi adaptado para um projeto a solo...
- A consulta de Psicologia deverá ser um espaço seguro, sem julgamentos, onde poderá ter oportunidade de explorar os seus receios, dúvidas e trabalhar as suas expectativas e estratégias face ao processo; assim como cuidar de si e da sua saúde mental.

Informe-se junto de fontes fidedignas, nomeadamente do seu médico especialista. Coloque todas as questões e explore as suas dúvidas.

O desejo de parentalidade é um direito universal que deveria ser possibilitado e acessível a todos. Um projeto de maternidade não é menos válido porque surge “mais tarde” do que o socialmente expectável. Existem alguns desafios específicos, mas a maioria vai ser transversal a todos os projetos de maternidade. Procure ajuda e suporte e lute pelo seu sonho de vida.

Referências bibliográficas

Beaujouan, E. (2023). Delayed Fertility as a Driver of Fertility Decline?. In *The demography of transforming families* (pp. 41-63). Cham: Springer International Publishing.

Lampic, C., Svanberg, A. S., Karlström, P., & Tydén, T. (2006). Fertility awareness, intentions concerning childbearing, and attitudes towards parenthood among female and male academics. *Human reproduction*, 21(2), 558-564.

Rappaport, M. I. (2000). *The consequences of being reared by older parents: A study of 6 to 12 year old children*. University of California, Irvine.

Reece, S. M. (1995). Stress and maternal adaptation in first-time mothers more than 35 years old. *Applied Nursing Research*, 8(2), 61-66.

Reece, S. M., & Harkless, G. (1996). Divergent themes in maternal experience in women older than 35 years of age. *Applied Nursing Research*, 9(3), 148-153.

van Balen, F. (2005). Late parenthood among subfertile and fertile couples: motivations and educational goals. *Patient education and Counseling*, 59(3), 276-282.

NUTRIÇÃO

Estratégias nutricionais a adotar para otimizar a fertilidade após os 40



Diana Piçarra Fernandes

Nutricionista

[instagram.com/nutrition_prime](https://www.instagram.com/nutrition_prime)

A fertilidade após os 40 anos pode ser desafiadora para muitos casais devido às mudanças naturais que ocorrem ao longo do tempo.

Nas mulheres, a diminuição da reserva e qualidade dos óocitos diminui a probabilidade de engravidar, bem como aumenta o risco de complicações gestacionais como hipertensão, diabetes gestacional e aborto espontâneo. Nos homens, a idade também pode impactar a qualidade do esperma, reduzindo a motilidade e aumentando o risco de alterações genéticas nos espermatozoides.

Além disso, ambos podem enfrentar maior probabilidade de condições de saúde crônicas que interferem na fertilidade. Apesar dessa situação, existem estratégias como acompanhamento médico especializado, ajustes no estilo de vida e, quando necessário, tratamentos de fertilidade, que podem ajudar a superar esses obstáculos e aumentar a probabilidade de uma concepção bem-sucedida.



Sabe-se que o Índice de Massa Corporal (IMC) muito baixo ou elevado pode ser um fator causal na saúde reprodutiva feminina, associando-se a ciclos anovulatórios, amenorreia e menor probabilidade de implantação embrionária. De qualquer forma, o planejamento do período pré-concepcional deve considerar um mínimo de 3 meses, de modo a otimizar a qualidade dos gametas, uma vez que é esse o tempo necessário à sua formação.

Quanto às causas de infertilidade feminina apontam-se as seguintes:

- Alterações hormonais (45%) como baixa reserva ovariana, síndrome dos ovários policísticos (SOP), hiperprolactinemia, tireopatias e obesidade, entre outras.
- Alterações anatómicas (35%) como malformações uterinas, miomas, entre outros.
- Já a endometriose contabiliza 15% e os fatores imunológicos/genéticos e infertilidade sem causa aparente correspondem aos restantes 5%.
- A alimentação desempenha um papel importante na fertilidade, nessa medida surgiu a "Fertility Diet", adaptada da dieta mediterrânica, como o padrão alimentar mais recomendado, que se destaca pela riqueza em antioxidantes.

NUTRIÇÃO

Neste padrão alimentar é promovido o consumo de hortofrutícolas de origem biológica ou sazonal e local, cereais integrais ou semi-integrais, carnes de corte magro, peixes de pequeno porte, leguminosas, azeite, sementes (linhaça, chia) e frutos oleaginosos. Por outro, lado importa evitar/reduzir carnes vermelhas, alimentos ultraprocessados ricos em açúcar e gorduras trans, bebidas com cafeína e bebidas alcoólicas.

Em processos de fertilidade, os nutrientes mais apontados na melhoria de qualidade dos ovócitos são N-Acetil-Cisteína, L-arginina, Vitamina E, Mio-inositol, Vitamina C, Vitamina D, Cálcio, ácidos gordos polinsaturados, Ómega-3, ácido fólico e a melatonina.

Particularizando sobre a relevância de alguns destes nutrientes:

O ácido fólico, na sua forma ativa (metilfolato), é essencial na maturação e qualidade ovocitária, especialmente em tratamentos de fertilidade.

A Vitamina B12 e D são cruciais na melhoria da qualidade do oócito e reserva ovariana, uma vez que a deficiência em vitamina D poderá prejudicar quer a ovulação, quer a implantação embrionária. De realçar ainda que na Fertilização in Vitro, valores analíticos de vitamina D inferiores 30 ng/ml se associam a menores taxas de fecundação.

O ómega-3 impacta diretamente a maturação ovocitária e implantação embrionária. Importa ainda salientar que a suplementação com o ácido ecosapentaenóico (EPA) e o ácido docosahexaenóico (DHA) podem mesmo duplicar a hipótese de conceção.

“Atualmente, sabe-se que uma dieta rica em gorduras saturadas e trans promove a acumulação de toxinas lipossolúveis nos testículos, prejudicando a produção de espermatozoides e de testosterona.”

A coenzima Q10, para além de reduzir o stress oxidativo, é também indicada em casos de baixa reserva ovariana.

Por último, a L-carnitina, NAC e Vitamina E podem otimizar a qualidade ovocitária e espessura endometrial.

Relativamente à infertilidade masculina, as causas podem ser pré-testiculares, testiculares, pós-testiculares ou sem causa aparente.

Tal como na saúde reprodutiva feminina, as intervenções dietéticas devem considerar um período de 60-90 dias, sendo este o tempo necessário para a maturação espermática. Neste sentido, ter um estilo de vida saudável desempenha um papel crucial, influenciando a espermatogénese e a qualidade dos espermatozoides.

Atualmente, sabe-se que uma dieta rica em gorduras saturadas e trans promove a acumulação de toxinas lipossolúveis nos testículos, prejudicando a produção de espermatozoides e de testosterona. Por outro lado, é essencial privilegiar o consumo de alimentos ricos em minerais como o cálcio, cobre, manganês, magnésio, zinco e selénio, dado que contribuem para a espermatogénese, motilidade e função espermática.

Adicionalmente, destaca-se a importância de:

- Manter um peso adequado, adotar uma dieta mediterrânea, aumentando o consumo de hortofrutícolas e reduzir o consumo de carnes processadas, açúcares e bebidas alcoólicas.
- Limitar as bebidas com cafeína e bebidas açucaradas ou com adoçantes artificiais.
- Consumir frutos oleaginosos, pois apresentam alguns benefícios, quanto ao número de espermatozoides e redução da fragmentação do DNA espermático.
- Preferir peixes de pequeno porte e peixes gordos, uma vez que beneficiam tanto a morfologia, como a contagem de espermatozoides.

Quanto à suplementação nutricional poderá ser necessário considerar pelo menos a suplementação em:

- Zinco, que participa diretamente na espermatogénese, auxiliando na concentração e motilidade.
- L-Carnitina, que, para além da função antioxidante, apresenta também efeitos antiapoptóticos, revelando-se importante na melhoria de parâmetros espermáticos como a motilidade e fragmentação do DNA espermático.
- Co-Enzima Q10, que apresenta benefícios na motilidade e número de espermatozoides.
- Selénio, que auxilia na motilidade, morfologia e concentração espermática.
- Ómega-3, por ser crucial na integridade da membrana lipídica dos espermatozoides, tal como na sua motilidade, contagem e concentração, morfologia e também reduz a fragmentação do DNA espermático.

É, assim, fundamental adotar um estilo de vida saudável para melhorar a fertilidade do casal, uma vez que aumenta a probabilidade de uma gravidez de sucesso, especialmente após os 40 anos e em casos de reprodução medicamente assistida.

Referências Bibliográficas:

- Human Reproduction. (2010). *Human Reproduction*, 25(1), 253–264.
- Reproductive Biology and Endocrinology. (2018). *Reproductive Biology and Endocrinology*.
- Moholdt, T., & Hawley, J. A. (2020). Maternal lifestyle interventions: Targeting preconception health. *Trends in Endocrinology and Metabolism*, 31(8), 561–569. <https://doi.org/10.1016/j.tem.2020.03.002>
- American Journal of Obstetrics and Gynecology, 218(4), 379–389. (2018).
- Antioxid Redox Signal. (2020). *Antioxid Redox Signal*, 32(8), 522–535.
- Biomolecule. (2022). *Biomolecules*, 12(2), 197.
- Nutrients. (2022). *Nutrients*, 14(9), 1900.
- Front Endocrinol. (2021). *Frontiers in Endocrinology*, 12, 740021.
- Reproductive Biology and Endocrinology. (2019). *Reproductive Biology and Endocrinology*, 17(1), 59.
- Hum Reprod. (2022). *Human Reproduction*, 37(5), 1037–1046.
- International Journal of Molecular Sciences, 22(17), 9541. (2021).
- Gynecol Endocrinol. (2018). *Gynecological Endocrinology*, 34(8), 684–688.
- Reproduction, Fertility and Development, 28(6), 723–731.
- Science of the Total Environment, 792, 148405. (2021).
- Indian Journal of Medical Research. (2018). *Indian Journal of Medical Research*, 148(Suppl), S125–S133.
- J Trace Elem Med Biol. (2019). *Journal of Trace Elements in Medicine and Biology*, 56, 124–130.
- J Pharm Sci. (2005). *Journal of Pharmaceutical Sciences*, 22(72), 5.
- Fertil Steril. (2018). *Fertility and Sterility*, 110(5), 810–814.
- The Lancet, 397(10271), 319–333. (2021).
- Front Nutr. (2022). *Frontiers in Nutrition*, 9, 1063510.
- Re Environ Health. (2019). *Reviews on Environmental Health*, 34(4), 339–348.
- World Journal of Men's Health. (2022). *World Journal of Men's Health*, 40(1), 30–37.
- European Urology Focus, 8(1), 351–359. (2022).
- Asian J Androl. (2022). *Asian Journal of Andrology*, 24(5), 549–557.
- J Clin Med. (2020). *Journal of Clinical Medicine*, 9(5), 1400.
- Fertility and Sterility, 114(3) Supplement, E23–24. (2020).
- Am J Clin Nutr. (2018). *American Journal of Clinical Nutrition*, 108(5), 953–962.
- J Reprod Infertil. (2019). *Journal of Reproduction and Infertility*, 20(3), 195–197.
- Nutr J. (2017). *Nutrition Journal*, 16, 37.
- Antioxidants. (2021). *Antioxidants*, 10(6), 874.
- J Assist Reprod Genet. (2013). *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 30(9), 1147–1156.
- Adv Nutr. (2018). *Advances in Nutrition*, 9(6), 833–848.

TESTEMUNHOS

Após 13 tratamentos, nasceu o nosso bebé arco-íris



O nosso combate contra a infertilidade começou em 2016 quando, depois de casarmos, decidimos começar a tentar engravidar. Eu, Ângela, tinha 42 anos. O Luís, meu marido, tinha 38 anos.

O primeiro teste de gravidez positivo veio em agosto de 2017, mas infelizmente sofremos um aborto espontâneo. A esse seguiram-se mais dois, em outubro e dezembro de 2017, o que nos levou a consultar o Serviço Nacional de Saúde no Reino Unido (NHS), onde vivíamos na altura. Após vários exames, o caso era inconclusivo.

Em maio de 2018 decidimos procurar ajuda num centro de fertilidade no Porto, onde nos foi aconselhado fazer uma FIV, e alertado para o facto de, dada a nossa idade, haver uma probabilidade muito baixa de sucesso. Tentámos e transferimos dois embriões. Sem sucesso.

Esta experiência deixou-nos um “amargo de boca”. Não só pelo resultado, mas também pelo processo. Tudo nos pareceu muito frio, impes-

soal, industrializado, enjeitado. Resolvemos então pesquisar mais sobre este tema da infertilidade e medicina de reprodução.

De regresso ao Reino Unido conseguimos mais uma gravidez natural, em agosto de 2019. Já referenciados, fomos acompanhados no Hospital de Guy’s and St Thomas’ desde as 6 semanas, com ecografias semanais. Infelizmente, na ecografia das 12 semanas, o bebé deixou de ter batimentos cardíacos. Mais um murro no estômago. Recusando um aborto provocado, tivemos 3 semanas à espera da expulsão do feto.

Aconselhados por um médico ginecologista experiente e com muitos anos de carreira, decidimos ir conhecer uma clínica de fertilidade em Coimbra, onde encontramos um ambiente muito diferente. Acolhedor, empático, muito focado nas nossas necessidades, dúvidas e preocupações.

Estávamos em julho de 2020 e começava aqui uma longa jornada de 4 anos, com 12 tratamen-

“Uma lição: não escondam aquilo por que estão a passar.”

tos ICSI e 9 transferências de embriões. Fomos sempre acompanhados pela diretora clínica da unidade que desde o início foi muito transparente connosco. A probabilidade de sucesso com óvulos próprios era ínfima e aconselhou fazer com doação de ovócitos.

O resultado positivo apareceu logo na segunda transferência, em dezembro de 2020, tinha eu 46 anos. Ficámos radiantes, mas uma hemorragia grande às 20 semanas de gravidez levou-me à urgência da Maternidade Bissaya Barreto, em Coimbra, onde fiquei internada 4 semanas até ao nosso primeiro filho, Luís António, nascer prematuro, com 24 semanas, no dia 5 maio de 2021. Infelizmente, 6 dias depois, faleceu na incubadora da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

Esta era provavelmente a altura mais difícil das nossas vidas. Mas não podíamos desistir. Queríamos muito ter um filho e vê-lo crescer. Continuámos a tentar, enquanto fazíamos o luto e combatíamos as nossas angústias. O Luís agarrou-se ao trabalho. Eu resolvi criar o projeto pro-bono [“Por Amor Com Muito Amor”](#), em memória do Luís António, que não teve o que vestir no dia do funeral. Desde então dedico-me a tricotar e costurar roupas para grandes prematuros, que oferecemos a várias maternidades e hospitais do país.

Ao longo de 2 anos tivemos mais 9 tentativas sem sucesso. Até que em novembro de 2023 nos deparámos com a derradeira tentativa. Apesar de termos ainda vários embriões congelados, o facto de eu completar 50 anos em junho de 2024 impediu-nos, por lei, de tentar novamente.

Era a 13.^a e última tentativa. Tinha de ser desta. Tentámos tudo. Resolvemos até adotar um gatinho, chamado Ginger, que nos alegrou a casa e nos trouxe tranquilidade.

Uma pessoa familiar que também lutou contra a infertilidade recomendou-nos uma visita a um

médico especialista em fertilidade no Porto, que se revelou absolutamente crucial. Transmitiu-nos uma positividade e confiança incríveis. Descobriu que eu sofria de adenomiose, recomendou um plano que se revelaria decisivo, trabalhou em colaboração com a diretora clínica que nos tinha acompanhado em Coimbra.

(Uma lição: não escondam aquilo por que estão a passar. Há muita gente, muito mais do que pensamos, que passa pelo mesmo, e a partilha de experiências pode desaguar em bons conselhos e recomendações. Foi o caso da recomendação de consultar em 2023 o médico no Porto).

Pouco antes do dia de Natal de 2023, o resultado veio positivo. A gravidez foi até muito tranquila, mas, na verdade, foi difícil desfrutar ao máximo, dados os medos e ansiedade provocados pelo nosso histórico, bem como as incontáveis visitas a médicos, hospitais, clínicas, testes, e exames, exigidos pelo risco desta gravidez. Nesta altura, foi muito importante o acompanhamento psicológico que tive na Maternidade Bissaya Barreto.

No dia 20 agosto 2024, com 40 semanas, os médicos não quiseram esperar mais. O parto foi induzido. Foi também muito complicado. O nosso filho teve de ser reanimado, mas tudo acabou bem. Alguns minutos depois, o nosso Luís André estava nos nossos braços. Saudável e perfeitinho.

Foram 8 anos de combate contra a infertilidade. 13 tratamentos, 10 transferências, 6 gravidezes, 4 abortos espontâneos, uma morte neonatal... Mas com a ajuda de bons profissionais, suporte de família e amigos, e com muita, mas mesmo muita, perseverança e determinação, tivemos um final feliz e temos o nosso bebé arco-íris em casa.

Ângela e Luís

TESTEMUNHOS

A luta que Deus escolheu para nós



Queria ser mãe cedo. Tive a oportunidade de em pequenita acompanhar o crescimento dos meus 2 primos e da minha sobrinha e cuidava deles (mudar fraldas, brincar e assim). Mas o tempo passava e ainda não tinha encontrado a pessoa certa e que quisesse, tanto como eu e ao meu lado, dar este passo tão importante na vida. Cheguei a “aceitar” que ficaria apenas para tia... Até que conheci o João.

Eu e o João começámos a namorar em 2019, eu com 28 anos e ele com 32. Alguns meses depois, começámos a morar juntos e a nossa vida parecia encaminhada. Com o caminhar da idade e do nosso relacionamento, em 2022, achámos que seria o momento para dar o passo seguinte e começar a nossa família. Como sou uma pessoa ansiosa, quis tentar fazer tudo certinho. Fui à médica de família pedir exames (para ambos) para termos a certeza que estava tudo bem, fui à ginecologista que me vigiava por causa do HPV e fui à

ginecologista que gostava que me acompanhasse numa gravidez. As análises, citologias e ecografias estavam todas bem e todas as médicas nos deram “luz verde”. O próximo passo era parar a pílula e iniciar os treinos.

Tal como todos os casais, achávamos que ia ser rápido... Com todos os casais próximos tinha sido, porque é que o nosso não haveria de ser? Em abril de 2022 parámos então a pílula e, nesse verão, até fizemos a viagem das nossas vidas – 5000 km de moto até Itália. Fomos e viemos, o tempo passava e continuava sem engravidar.

Em setembro, a minha cabeça começou a “panicar” e os dedos a pesquisar no Google. Começaram os emails para a médica de família e, em todo o lado, eu lia que em mulheres com idade inferior a 35 anos apenas se fazia pesquisa após 12 meses de tentativas sem sucesso. Não podia aceitar e não aceitei! Em outubro desse mesmo ano fui a uma consulta de apoio à fertilidade em

“Ouvíamos relatos de pessoas na televisão e por aí, que tinham sofrido imenso nestes processos e não sabíamos se queríamos sofrer dessa maneira.”

Lisboa, onde ouvi novamente o que já tinha lido centenas de vezes, e expliquei à médica que não me iria perdoar se, por não ter procurado ajuda, quando descobrisse algo, já fosse tarde demais. Tinha um “feeling” que algo se passaria.

Dessa consulta e, para me “descansar”, resultou uma bateria de análises e ecografia. Para o João foi apenas pedido um espermograma. Logo no ciclo seguinte fui fazer as análises. Ao recebê-las, percebi que um dos valores estava muito baixo e o Google foi o meu motor de pesquisa novamente. Nessa tarde só pesquisei e chorei. Nesse dia, o João estava em Espanha e só lhe contei no dia seguinte. Mal chegou, eu chorava. Depois de as lágrimas acalmarem consegui dizer-lhe que “nunca ia ser mãe e já sabia o porquê”. Fiz-lhe um breve resumo do que tinha lido e já tinha consulta com essa médica marcada para a segunda-feira seguinte para confirmação do diagnóstico. Mal a médica viu a minha reserva ovárica, AMH=0.16, aconselhou-nos imediatamente, e o mais rápido possível, a entrar no mundo da procriação medicamente assistida (PMA) e que o nosso tratamento seria FIV. Esta seria a única possibilidade, e talvez nem assim (apenas com ovodação), de sermos pais. Engravidar de forma natural/espontânea seria impossível.

A médica aconselhou, caso tivéssemos possibilidades, a recorrer ao privado, porque tempo era coisa que não tínhamos, ou para não perdermos

tempo e fazer a inscrição no serviço público. Foi um choque aquela notícia para ambos. Chorámos o caminho de regresso a casa, sem conseguir dizer uma palavra desde Lisboa até Torres Novas.

Ouvíamos relatos de pessoas na televisão e por aí, que tinham sofrido imenso nestes processos e não sabíamos se queríamos sofrer dessa maneira. Tivemos que conversar e, numa fase inicial, houve bastante resistência aos centros de PMA privados porque não queríamos que nos iludissem, fosse apenas para gastarmos dinheiro e impossível ter o nosso bebé.

Assim sendo, em dezembro, o João fez os exames dele (que estavam todos bem), e mal obtive o resultado, em desespero, inscrevi-nos no Hospital de Santa Maria e Maternidade Alfredo da Costa, em Lisboa, e tinha tido conhecimento que o Hospital da Covilhã teria os menores tempos de espera. Fui chamada em janeiro de 2023 para a primeira consulta no Hospital de Santa Maria e em fevereiro para a primeira consulta no Hospital da Covilhã. Fomos sendo seguidos paralelamente nos dois sítios.

Em junho desse ano estávamos a entrar num mundo completamente novo e desconhecido. O medo e a esperança eram sentimentos que tínhamos. O João estava mais confiante que eu. Sou mais pessimista. Comecei então as injeções diárias para estimulação ovárica para a FIV/ICSI no Hospital da Covilhã, onde após punção consegui

TESTEMUNHOS

dois embriões aptos a transferir. Em julho transferei um embrião a fresco em D3 e, em setembro, o outro embrião congelado em D7. Escusado será dizer que nenhum embrião implantou.

Apesar de todos os funcionários do serviço de PMA do Hospital da Covilhã serem maravilhosos e atenciosos, não conseguimos ter empatia com o médico permanente da unidade. Resolvemos pedir alta e passar apenas a ser seguidos no Hospital de Santa Maria, onde já sabíamos que em março de 2024 faria 1 ano de lista de espera e poderíamos fazer o nosso segundo tratamento no SNS.

Neste intervalo, resolvemos dar uma oportunidade ao privado, achando que “seria desta vez” — pelo facto de estarmos a pagar iríamos ter melhores resultados. Mas não!

Fizemos mais exames e um tratamento FIV numa clínica privada. Nesses exames percebeu-se que existe uma incompatibilidade imunológica da minha parte, ou seja, que o meu organismo rejeita tudo aquilo que lhe é desconhecido. A solução parecia simples (corticóides), então avançamos! Desta vez estava eu mais confiante.

Em dezembro de 2023 estava novamente a iniciar a nova jornada de estimulação com injetáveis e, no início de janeiro de 2024, o ciclo estava a ser cancelado por falta de resposta ovárica. Tentámos novamente no ciclo seguinte, e, dessa vez, já obtive uma melhor resposta (embora seja sempre baixa), resultando apenas em 1 blastocisto em D5. Como hiperestimulei, tive novamente de esperar mais um ciclo para poder fazer a transferência. Fiz toda a medicação indicada e, após os 12 ou 14 dias de espera, com injeções diárias dolorosas, que me deixaram a barriga com he-

“Nestas situações, e as meninas que estão na PMA sabem como é, achamos que não temos força para lutar mais, mas depois dos litros de lágrimas, limpámos a cara e a força aparece sabe Deus de onde e pensámos: “Não! Temos que lutar mais um pouco!”

matomas feios, chegou mais um teste negativo. Continuava sem funcionar, apesar de termos feito todas as medicações diferentes e supostamente certas para o nosso caso.

Nestas situações, e as meninas que estão na PMA sabem como é, achamos que não temos força para lutar mais, mas depois dos litros de lágrimas, limpámos a cara e a força aparece sabe Deus de onde e pensámos: “Não! Temos que lutar mais um pouco!”.

Em março de 2024, estava na consulta no Hospital de Santa Maria, mas não havia vagas e o meu tratamento teria de ficar agendado para junho. Revoltei-me mais uma vez com a vida, mas entendi que teria que aguardar.

A 19 de Abril de 2024 recebo o meu presente envenenado. Com a menstruação atrasada há alguns dias, algumas náuseas e cansaço extremo, resolvo fazer um teste de gravidez que deu automaticamente positivo. Agradei tanto, mas tanto a Deus! Fui confirmar com o teste de sangue que também veio positivo. Pude fazer a surpresa ao João como há muito tinha idealizado na minha cabeça... Mas a alegria depressa passou a peso. Dias depois, com a repetição do beta HCG,

de 48h em 48h, descobre-se que parou de desenvolver e, dias depois, percebe-se que é uma gravidez ectópica.

Como não tinha sintomas, o tratamento de primeira linha foi um injetável de Metotrexato, que não funcionou, e ainda tomei uma segunda dose, que também não funcionou. Por causa desta medicação, foi-nos dito que teríamos de suspender os tratamentos por seis meses. Com revolta tivemos que aceitar. Como no SNS a coisa não se resolvia e já tinham passado 2 semanas naquela ansiedade e sofrimento, pedi ajuda ao médico que nos tinha seguido no privado e a solução seria retirar a trompa por laparoscopia. Demorei a aceitar, mas no dia seguinte pedi-lhe para avançar e fizemos a cirurgia logo que o bloco operatório teve vaga.

Neste momento, ainda não temos o nosso bebé, mas ainda não nos damos por vencidos desta luta – teremos que lutar mais um pouco para desistir de consciência tranquila que lutámos e fizemos tudo o que era possível. É verdade que, à medida que o tempo passa, a esperança também vai sendo cada vez menor, mas desistir ainda não está nos nossos planos.

Eu já fazia exercício há alguns anos, comecei a fazer acupuntura, procurei ajuda de uma nutricionista e tomo toda a suplementação que me é aconselhada. Não fumo e apenas bebo água e

chá. Tento fazer tudo certo para que possa ser a nossa vez de ter sorte!

Durante esta caminhada, tem sido muito difícil conseguir lidar com os nossos sentimentos e com os comentários maldosos de pessoas que desconhecem a infertilidade. É triste este tema ser tabu e, por isso, já vamos falando sobre o assunto quando somos abordados sobre o tema dos filhos, falando um pouco da nossa história/luta. Nem todas as pessoas conseguem engravidar facilmente e a infertilidade existe. Se cada pessoa passasse 1/10 daquilo que já passámos, talvez desse mais valor à sorte que a vida lhes deu. E quem vive neste mundo sabe que a “sorte” é quem está na liderança.

Por aqui, vamos continuar a caminhar, lado a lado, de mão dada, nesta luta que Deus nos deu. E se não tiver que ser, a única solução terá que ser aceitar e aproveitar o que de bom a vida tem reservado para nós. Não posso acreditar que tenhamos apenas coisas más destinadas – ser-nos negado a possibilidade de termos o nosso filho é demasiado mau.

Tânia e João

APFertilidade explica...



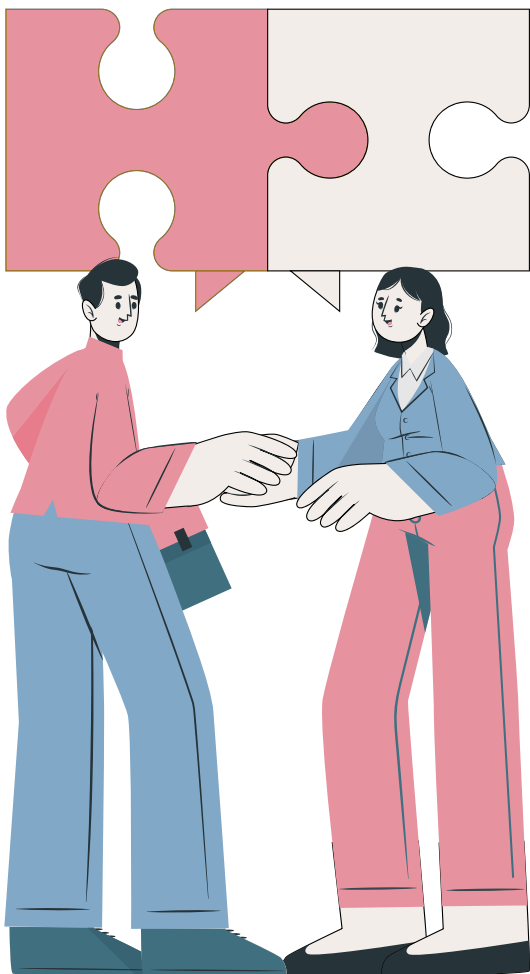
No último episódio do podcast +Fertilidade Talks, tivemos Rui Miguelote, especialista em Medicina da Reprodução no Hospital da Senhora da Oliveira, em Guimarães.

Na conversa com o especialista falou-se sobre a formação dos médicos de saúde familiar e ginecologistas na área da infertilidade e o interesse crescente destes profissionais de saúde neste tema! Episódio completo [aqui](#).

Os episódios do +Fertilidade Talks estão disponíveis nas redes sociais, [site](#), [canal de YouTube da APFertilidade](#).



Protocolos



Farmácias Progresso

Site: www.farmaciasprogresso.pt

Instagram: [instagram.com/farmacias_progresso/](https://www.instagram.com/farmacias_progresso/)

Facebook: [facebook.com/farmaciasprogresso/](https://www.facebook.com/farmaciasprogresso/)

Farmácia Almeida Dias

Largo da Graça 38-39A (Graça) 1170-165 Lisboa

E-mail: falmeidadias.lx@gmail.com

Tel.: **218852909 / 964 578 425**

Farmácia Imperial

Av. Guerra Junqueiro 30B 1000-167 Lisboa

E-mail: farmacaiimperial.lx@gmail.com

Tel.: **218 486 860 / 963 908 139**

Farmácia Jardim Real

Rua D. Pedro V 123-125, 1250-093 Lisboa

E-mail: farmaciaprogreso.principereal@gmail.com

Tel.: **213 240 419 / 968 666 486**

Farmácia Progresso

Estrada A-da-Maia 64C, 1500-004 Lisboa

E-mail: farmaciaprogreso.comercial@gmail.com

Tel.: **217 602 226 / 926 013 210**

Farmácia Progresso Quinta da Fonte

Edifício Q53, R. Malhões 2770-071 Paço de Arcos

E-mail: farmaciaprogresoquintadafonte@gmail.com

Tel.: **218 878 289 / 963 908 161**

Farmácia Lazarim

R. São Macário 780B, LAZARIM. 2825-159 Caparica
 E-mail: fprogressolazarim@gmail.com
 Tel.: **212 952 315 / 968 666 055**

Farmácia Pancada

Rua Dr. Afonso Costa 60, 7750-352 Mértola
 E-mail: fprogressomertola@gmail.com
 Tel.: **286 612 507 / 927 230 453**

Grupo Joaquim Chaves Saúde

Clínicas:

Associados beneficiam de uma tabela de preços própria para a realização de exames, consultas e tratamentos nas clínicas:

Clínica Cirúrgica de Carcavelos

Rua de Catembe, nº 165/165ª, 2775-561 Carcavelos

Clínica Miraflores

Av. General Norton de Matos R/C – Miraflores, 1495-148 Algés

Clínica de Cascais

CascaíShopping Loja A.0.075, Estrada Nacional n.º 9, 2645-543 Alcabideche

Clínica de Sintra

Alegro Sintra, IC 19 Alto do Forte * 2635-018 Rio de Mouro

Clínica de Entrecampos

Av. República, 101, 1ª, 1050-190 Lisboa

Centro Médico de Moscavide

Rua Dr. João Gomes Patação, nº15 A e B, 2645-543 Moscavide

Clínica de Gastroenterologia de Faro

Avenida da República, 184, 8000-079 Faro

Laboratórios Joaquim Chaves

Associados beneficiam de uma tabela de preços própria para a realização de análises clínicas, análises de genética e anatomia patológica.

Raquel Viegas, Psicóloga Clínica

Consultas de psicologia em Lisboa, Almada e online
 Marcações: www.psiraquelveigas.com
 Condições:

- 50% de desconto no valor da primeira consulta, ficando a mesma em 30 euros;
- 25% de desconto no valor da consulta seguinte, ficando a mesma em 45 euros.

Ana Raquel Tavares, Psicóloga Clínica

Consultas de Psicologia presencial e online
 Rua de Ceuta, nº 53, 2º andar, sala 10
 4050-191 Porto

Condições:

- Consulta Psicologia Clínica, 1h00, valor 65 euros
 70% de desconto no valor da primeira consulta;
 20% de desconto no valor das consultas seguintes.
- Consulta Terapia de Casal, 1h30, valor 80 euros;
 70% de desconto no valor da primeira consulta;
 20% de desconto no valor das consultas seguintes.



Associação Portuguesa de

Fertilidade

www.apfertilidade.org