

+ Fertilidade

magazine

EDIÇÃO 6 | MAIO 2020



Associação Portuguesa de
Fertilidade

ÍNDICE

4

EDITORIAL

- PMA PAROU, MAS PELO BEM DE TODOS

6

NOTÍCIAS

10

ARTIGOS

- O TRATAMENTO DA INFERTILIDADE EM ÉPOCA DE PANDEMIA
- MATURAÇÃO IN VITRO E CRIOPRESERVAÇÃO DE OVÓCITOS PERMITE A MULHER SER MÃE APÓS CANCRO

12

INVESTIGAÇÃO

- MATURAÇÃO IN VITRO E CRIOPRESERVAÇÃO DE OVÓCITOS PERMITE A MULHER SER MÃE APÓS CANCRO

16

ENTREVISTA

- PEDRO XAVIER: "NÃO SÃO ACEITÁVEIS LISTAS DE ESPERA SUPERIORES A 2 ANOS PARA TRATAMENTO COM DOAÇÃO"

20

APOIO PSICOLÓGICO

- O AMOR NOS TEMPOS DE CÓLERA

22

NUTRIÇÃO

- COMO A ALIMENTAÇÃO PODE AJUDAR A LIDAR COM A MENSTRUAÇÃO/CICLO MENSTRUAL

26

TESTEMUNHOS

- QUANDO O MUNDO PERDEU A COR
- NÃO HÁ MAIOR ALEGRIA DO QUE TER O COLO OCUPADO

32

APF EXPLICA...

36

PROTOCOLOS

EDITORIAL

PMA PAROU, MAS PELO BEM DE TODOS



Proteção, segurança, precaução, pandemia... O novo ano arrancou e estas palavras começaram rapidamente a fazer parte de conversas, notícias, comunicados de entidades oficiais e cartazes colocados nas portas de edifícios com acesso ao público. No dia em que se escreve este editorial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) indica que foram confirmados mais de 3,4 milhões de casos de infeção pelo coronavírus em todo o mundo, mais de 1,5 milhões deles na Europa. Na mesma altura, o COVID-19 tinha já provocado a morte a mais de 345 mil pessoas, a esmagadora maioria na Europa, incluindo mais de 1000 em Portugal.

Os números vão-se alterando a cada hora que passa e a progressão do vírus deverá continuar, apesar das medidas de segurança assumidas pelas autoridades portuguesas e pelas suas congéneres europeias. Em Portugal, as contenções necessárias e obrigatórias desde que foi declarado o estado de emergência, a 19 de Março, pelo Presidente da República, levaram à tomada de decisões drásticas.

Na área da fertilidade, tanto em Portugal como nos restantes países europeus, os tratamentos de procriação medicamente assistida (PMA) foram suspensos, sendo recomendado aos centros públicos e privados que apenas se realizem os que já estavam previstos e com medicação iniciada. Apesar de não ter sido anunciada qualquer recomendação por parte do Ministério da Saúde e da Direção-Geral de Saúde (DGS) para a PMA, a Sociedade Portuguesa de Medicina de Reprodução (SPMR) e o Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA) aconselharam a suspensão de novos tratamentos enquanto a situação de pandemia se

mantiver. As clínicas passaram a realizar as primeiras consultas e as de acompanhamento online e as entradas para realizar os tratamentos agendados até então feitos sob condições que assegurassem a proteção de pacientes e equipas médicas.

Para já não existe indicação de que haja qualquer influência do vírus nas técnicas de PMA e posteriormente numa gravidez, mas continuam a ser realizados testes para confirmar qualquer possibilidade de interferência do COVID-19 nestes processos.

A APFertilidade tem acompanhado diariamente as formas como o vírus tem tido consequências para PMA, para a gravidez e o parto, tanto a nível nacional como noutros países que, tal como a associação, pertencem à Fertility Europe, organização que representa as instituições sociais de apoio à fertilidade a nível europeu. Estamos a trabalhar e contactáveis, por telefone

ou por email, para esclarecer dúvidas com base em recomendações de entidades oficiais – Ministério da Saúde, DGS, OMS, SPMR e CNPMA.

A ajuda à fertilidade voltou a sofrer um duro golpe, com os tratamentos novamente suspensos, mas, neste momento, a segurança e proteção individual e coletiva é uma prioridade. Às mulheres e homens que querem ser pais e voltam a ver interrompido esse caminho, a APFertilidade apela à serenidade e confiança de que tudo passará e de que os projetos de parentalidade serão retomados.

Esperamos que a próxima edição da +Fertilidade traga notícias de progressos e de entraves entretanto resolvidos. Até lá, a APFertilidade continua disponível e presente sempre que for preciso.

**“a APFertilidade
apela à serenidade
e confiança de que
tudo passará”**

NOTÍCIAS

CENTROS DE FERTILIDADE PODEM RETOMAR ATIVIDADE DE FORMA PROGRESSIVA



A pandemia mundial de COVID-19 levou a que fosse decretado o estado de emergência nacional no dia 18 de Março. Até aqui, os centros de fertilidade funcionaram de acordo com decisões tomadas internamente, dado que nem a Direção-Geral de Saúde ou o Ministério da Educação tinham emitido qualquer nota a indicar passos obrigatórios a seguir.

Tanto a European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), como American Society of Reproductive Medicine (ASRM) e a Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução (SPMR) recomendaram a suspensão das inseminações intrauterinas, as transferências embrionárias (a fresco ou após criopreservação) e novos tratamentos de PMA, nomeadamente os que envolvessem punções ováricas.

A SPMR aconselhou os centros de fertilidade a

não iniciarem qualquer tratamento, “com ou sem recurso a técnicas de PMA”, mas que deveriam ser concluídos “todos os ciclos de FIV/ICSI já iniciados que estejam na sua fase final de tratamento” e adiadas as transferências de embriões. A SPMR defendeu ainda que todos os outros tratamentos de fertilidade já iniciados, envolvendo ou não o recurso a técnica de PMA, fossem cancelados.

De acordo com estas indicações, e apesar de não existirem ainda evidências de que é possível a transmissão do COVID-19 através dos tratamentos e das técnicas de PMA, as clínicas privadas anunciaram que as primeiras consultas ou as de acompanhamento seriam feitas online e que os tratamentos previstos realizados com as medidas de prevenção de contágio recomendadas pelas autoridades de saúde nacionais.

Entretanto, com a passagem do estado de emergência para o estado de calamidade, tanto a SPMR como o Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA) consideraram que, caso os centros de PMA decidam retomar a sua atividade devem “estabelecer um plano de contingência”, seguindo as recomendações das autoridades de saúde oficiais, bem como das sociedades científicas nacionais e internacionais de forma a reduzir o risco de exposição ao vírus pelos respetivos profissionais e beneficiários.

Apesar destas recomendações, ficam ao critério dos centros de PMA a decisão de retomar a atividade, “ainda que de forma progressiva e com planos de contingência bem definidos e escrupulosamente cumpridos”, como sublinhou o CNPMA.

MULHERES COM MAIS DE 40 ANOS COM DIREITO A TRATAMENTO

Além das recomendações quanto ao funcionamento dos centros de fertilidade, o CNPMA

defende que às mulheres cujo limite de idade de acesso às técnicas de PMA “tenha sido ou venha a ser atingido em consequência do período de suspensão dos tratamentos”, seja dado o “direito de acesso aos tratamentos programados, na estrita proporção da duração desta suspensão”. No caso dos centros privados esse limite são os 50 anos da mulher.

O Conselho solicitou ao Ministério da Saúde que nos centros públicos seja dado o mesmo direito às beneficiárias e que até termine a suspensão dos tratamentos, os que já estavam previstos sejam realizados posteriormente, mesmo que a mulher tenha ultrapassado os 40 anos, no caso de fertilização in vitro (FIV) e microinjeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), ou os 42, para a inseminação artificial.

Qualquer dúvida relacionada com a realização de tratamentos deverá ser colocada diretamente ao centro de PMA onde a mulher ou o casal estão a ser acompanhados. A APFertilidade está igualmente disponível para prestar os esclarecimentos possíveis.

APROVADOS NOVOS MODELOS DE CONSENTIMENTO INFORMADO EM PMA

O Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA) aprovou em Janeiro as alterações previstas aos modelos de consentimento informado, depois da entrada em vigor da [Lei n.º 48/2019](#) que incluiu o direito ao acesso à identidade dos dadores de gâmetas e da sua posterior utilização na criação de embriões, mediante alguns critérios.

Com a revisão da Lei da Procriação Medicamente Assistida (Lei n.º 32/2006), as pessoas nascidas em consequência de processos de PMA com recurso a

dádiva de gâmetas ou embriões podem obter, junto dos competentes serviços de saúde, informações de natureza genética que lhes digam respeito, bem como obter junto do CNPMA informação sobre a identificação civil do dador, desde que possuam idade igual ou superior a 18 anos.

Em caso algum o dador poderá ser havido como progenitor das crianças nascidas com a utilização destas técnicas.

NOTÍCIAS

APFERTILIDADE LANÇA CAMPANHA DE CONSIGNAÇÃO DO IRS

À semelhança de anos anteriores, a APFertilidade acaba de lançar a campanha de apelo à consignação do IRS de 2019. O objetivo mantém-se firme, apelar ao apoio dos contribuintes para doarem 0,5% do imposto à associação e assim ajudar a dar apoio aos que querem ser pais e necessitam de recorrer a ajuda médica para o conseguir.

“Um simples gesto que ajuda a criar famílias!” é a frase que lança a campanha “Dê vida a esta causa”. A forma de contribuir é muito simples. No momento de preenchimento do Modelo 3, no quadro 11, relativo à Consignação de 0,5% do IRS, escolher a opção instituições particulares de sociedade social ou pessoas coletivas de utilidade

pública e no campo destinado ao NIF colocar o da APFertilidade, 507 724 216.

O contributo não tem qualquer custo ou perda, dado que com a doação o contribuinte vai encaminhar uma parte do imposto a favor do Estado para a associação, sem que sofra qualquer redução do que irá receber em caso de reembolso ou aumento do que possa vir a pagar.

Esta ação permite ajudar a APFertilidade a continuar a desenvolver iniciativas e a defender as pessoas inférteis ou com dificuldade em engravidar junto das autoridades de saúde competentes e dos partidos com assento parlamentar.



0,5% IRS
Um simples gesto
que ajuda a criar famílias!

Dê vida a esta causa!

5 0 7 7 2 4 2 1 6

Modelo 3 | Quadro 11



DOIS ANOS APÓS CHUMBO, GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO AINDA SEM ALTERAÇÕES

Desde o veto do Presidente da República ao diploma para a revisão da Lei da Procriação Medicamente Assistida (PMA) quanto à Gestação de Substituição, em Junho de 2019, que se aguardava nova discussão do projeto de lei que deverá responder às alterações à lei exigidas pelo Tribunal Constitucional, há dois anos.

O Bloco de Esquerda (BE), partido do qual partiu a proposta de alteração à Lei da PMA, tinha agendado a discussão do projeto de lei no plenário da Assembleia da República para 20 de Março. Porém, com o agendamento da votação da declaração de estado de emergência proposta por Marcelo Rebelo de Sousa, devido à pandemia pelo COVID-19, as restantes atividades parlamentares foram suspensas, impedido a votação do diploma.

No momento de fecho da edição da +Fertilidade, a Comissão de Saúde tinha entre a ordem dos trabalhos para a manhã do dia 13 de Maio a discussão e votação do parecer relativo aos projetos de lei do BE e do PAN para a alteração ao regime jurídico da Gestação de Substituição. Este foi o primeiro agendamento da Comissão de Saúde reservado ao processo desde que foi decretado o estado de emergência devido à pandemia.

A Gestação de Substituição continua a ser

considerada constitucional, mas devido à inexistência de um suporte legal não são permitidas candidaturas a esta alternativa, apenas acessível a mulheres com uma situação clínica específica.

A lei que se encontrava em vigor determinava que esta alternativa só seria possível a “título excepcional e com natureza gratuita, nos casos de ausência de útero, de lesão ou de doença deste órgão que impeça de forma absoluta e definitiva a gravidez da mulher ou em situações clínicas que o justifiquem”. O Tribunal Constitucional (TC) considerou num acórdão em Abril de 2018 que nem todos os direitos estavam acautelados na legislação. Nesse sentido, foram apresentadas propostas de alteração à lei do sentido de responder às exigências do TC, nomeadamente que a gestante possa revogar o seu consentimento de entregar a criança nascida ao casal beneficiário até ao registo esta, o que na maior parte dos hospitais acontece dois ou três dias depois do parto.

No momento da votação do diploma, esta norma foi chumbada na Assembleia da República, ficando excluída daquela que seria a futura lei, tornando-a incompleta a suscetível a um novo chumbo pelo TC e consequente veto pelo Presidente da República, o que se veio a confirmar no verão de 2019.

ARTIGOS

O TRATAMENTO DA INFERTILIDADE EM ÉPOCA DE PANDEMIA



Vladimiro Silva
Administrador das clínicas
Ferticentro e Procriar
Consultor da
Direcção-Geral da Saúde

A expansão do novo coronavírus SARS-CoV-2 pelo mundo tem deixado muitos casais inférteis perante a incerteza sobre o que fazer neste momento. Fazer já o tratamento nesta fase em que o país parece entrar em num estado progressivamente mais caótico? Ou adiar o tratamento que há muito estava planeado e que representou tanto investimento emocional, logístico e económico para mais tarde o realizar em condições não ideais ou de menor probabilidade de gravidez?

A resposta não é fácil, depende muito do caso específico de cada casal e até das circunstâncias em que trabalha o centro de Procriação Medicamente Assistida (PMA) e a equipa médica e científica que o compõem. Por exemplo, um centro de PMA que esteja incluído num hospital que está na primeira linha do combate à doença não pode actuar da mesma forma que outro que esteja num local completamente independente e que permita a

adopção de medidas preventivas do contágio.

Nestas circunstâncias, como em todas as outras quando se fala de Medicina, devemos começar pela ciência.

Segundo o Centers for Disease Control and Prevention (CDC) nos EUA e o Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) no Reino Unido, duas das mais prestigiadas sociedades científicas internacionais respectivamente nas áreas da infecciologia e da ginecologia/obstetrícia, “não existem evidências fortes de quaisquer efeitos negativos da infecção COVID-19 na gravidez, especialmente na sua fase inicial”.

A European Society for Human Reproduction and Embryology (ESHRE) emitiu um comunicado em que salienta os mesmos aspectos que o CDC e a RCOG, acrescentando que existem alguns casos de mulheres que testaram positivo para a infecção COVID-19 e que deram à luz crianças saudáveis e que não eram portadoras da doença. Houve um caso de um recém-nascido na China no qual foi identificado o vírus, mas não existem evidências de que o contágio tenha ocorrido a partir da mãe. Ou seja, até à data não está documentado qualquer caso em que tenha ocorrido transmissão vertical do vírus, isto é, de uma mãe infectada para o seu bebé recém-nascido.

A ESHRE refere ainda que estes dados, embora animadores, devem ser encarados com precaução, pois estamos perante uma doença recente e sobre a qual ainda não foi possível reunir ainda muita informação.

Perante estas informações não existem, pelo menos até à data, dados científicos que nos permitam dizer que a realização de tratamentos de infertilidade no contexto actual esteja associada a qualquer risco quer para as crianças que hão-de nascer, quer para as mulheres que se submetem ao tratamento.

Contudo, em Medicina temos que saber respeitar

as ansiedades e preocupações dos doentes e sobretudo analisar o contexto específico em que cada um se movimenta: não faz sentido a realização de tratamentos em pessoas que cumprem os critérios para estar em quarentena ou isolamento profilático (por exemplo, porque apresentam sintomas, contactaram com indivíduos afectados ou vivem numa zona em que há um grande risco de transmissão comunitária da doença), sendo aliás até aconselhável interromper os processos clínicos nestas situações. Por outro lado, doentes que não estejam nestas circunstâncias e tenham os tratamentos planeados para uma data específica após longos processos de preparação, impossibilidade logística de o fazer noutra altura ou perante o risco de diminuição da reserva ovárica podem ser tratados, desde que garantidas as condições de segurança do processo.

A American Society for Reproductive Medicine (ASRM) no seu comunicado de 12 de Março só sugere o adiamento de tratamentos de fertilidade nos casos de pessoas com elevada probabilidade de infecção pelo novo coronavírus, mas não nos restantes casos. Por seu turno, a ESHRE no dia 14 de Março recomendava que, como medida de precaução, as pessoas evitem engravidar nesta altura, numa mensagem dirigida a toda a Europa e publicada depois de Espanha e Itália, dois dos países que mais tratamentos de fertilidade fazem a nível europeu, estarem na situação que todos infelizmente conhecemos. Esta posição foi entretanto também apoiada pela Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução (SPMR), que no entanto refere que a decisão sobre a realização ou não dos tratamentos deve ser tomada pela equipa clínica de cada centro de PMA.

O Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (o CNPMA), que é a autoridade que em Portugal tutela a área da PMA referia, no dia 13 de Março, que não existe, até ao momento uma recomendação estrita para o encerramento dos centros de PMA, deixando as decisões sobre essa questão sob responsabilidade do director de cada centro.

Estas recomendações e sugestões, publicadas de

forma praticamente simultânea, não são de forma alguma contraditórias, estando relacionadas com a forma como cada uma destas autoridades transporta a mesma evidência científica para o contexto dos seus membros (no caso das sociedades científicas com responsabilidades pan-europeias, como é o caso da ESHRE) ou das entidades que tutela (no caso do CNPMA).

Há um conjunto de ferramentas ao dispor dos médicos que realizam tratamentos de PMA que podem ser usadas no actual contexto: em caso de necessidade abrupta de interrupção de tratamentos podemos criopreservar esperma, ovócitos e embriões, existindo ainda formas de controlar clinicamente um processo de tratamento interrompido de forma inesperada (por exemplo, porque a mulher sob estimulação entretanto teve que entrar em quarentena). Se está numa destas situações deve contactar o seu médico, que certamente a poderá ajudar neste processo.

Se não puder avançar já com o processo de tratamento há outras coisas que se podem ir adiantando: alguns tratamentos implicam a toma de medicação que se pode iniciar previamente, podem-se realizar as análises clínicas e outros testes necessários à concretização do processo, nos casos de diagnóstico genético pré-implantação podem avançar-se com os estudos informativos prévios e sobretudo podemos falar. Muitos centros oferecem consultas por telefone ou vídeo-chamada, que ajudam a preparar o processo, de modo a que quando tudo passar as coisas voltem o mais rapidamente possível ao normal.

Por fim, um último conselho: vivemos na época das fake news e das ondas de pânico nas redes sociais, pelo que temos que ser criteriosos na procura das fontes de informação mais credíveis e que verdadeiramente nos podem ajudar a ultrapassar este momento. Fale com a sua clínica, consulte fontes credíveis e profissionais de saúde que trabalhem em Medicina da Reprodução e não se deixe afligir por tudo o que lê. Este momento vai passar e as coisas vão acontecer. Se acontecem agora ou mais tarde, tudo depende das circunstâncias de cada um – mas a Esperança deve ser mantida.

INVESTIGAÇÃO

MATURAÇÃO IN VITRO E CRIOPRESERVAÇÃO DE OVÓCITOS PERMITE A MULHER SER MÃE APÓS CANCRO

Um bebé do sexo masculino, saudável, nasceu em Julho de 2019, filho de uma mulher de nacionalidade francesa, que antes de iniciar um tratamento de quimioterapia para combater um cancro de mama foi aconselhada a preservar a sua fertilidade. Nada haveria de novo neste processo, mas por não ser recomendada a estimulação ovárica da paciente dada a sua condição clínica, foi tentada a maturação in vitro de ovócitos imaturos e depois a sua criopreservação, para que pudesse tentar engravidar mais tarde. E funcionou.

O risco de os óvulos ficarem inutilizados era elevado, mas, após cinco anos de vitrificação, foi possível fazer a fertilização com espermatozoides de seis. Destes, apenas um resultou num embrião saudável e foi transferido para o útero da paciente. O ano passado, a francesa, que recebeu o diagnóstico de cancro aos 29 anos, foi mãe, aos 34, devido a esta técnica, que pode vir a ser uma possibilidade para mulheres jovens com doença oncológica garantirem a sua fertilidade.

Atualmente existem três formas de preservar a fertilidade feminina em caso de cancro ou de outras situações em que a doente possa ficar com a sua capacidade reprodutora reduzida ou perdida. Antes de serem iniciados os tratamentos, como a quimioterapia ou radioterapia, os doentes, sejam mulheres ou homens, devem ser alertados para a possibilidade de preservarem a sua fertilidade.

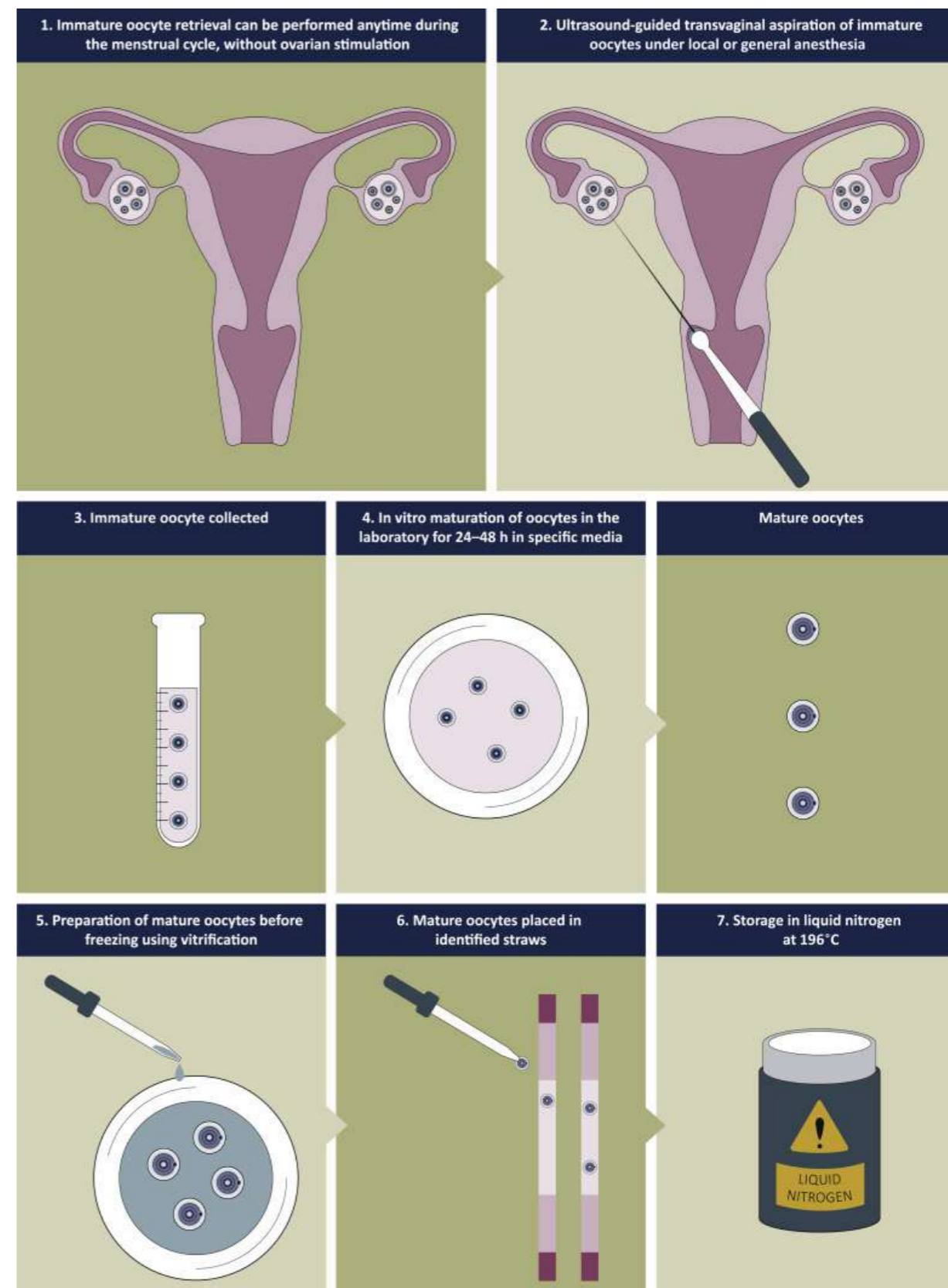
Uma das hipóteses é a criopreservação de embriões, uma alternativa que implica, no entanto, o adiamento dos tratamentos em até cerca de cinco semanas, dado ser necessário realizar a estimulação ovárica, seguida da punção de óvulos para depois

serem utilizados numa fertilização in vitro (FIV). Para a fertilização é preciso esperma do companheiro ou o recurso à doação de espermatozoides. Outra das formas é a criopreservação de tecido ovárico. Aqui, procede-se a colheita, por cirurgia laparoscópica, de um fragmento ou da totalidade do ovário. Do tecido são retirados fragmentos do córtex que são depois criopreservados e podem ser mais tarde enxertados no ovário ou noutra localização.

Uma outra solução é a criopreservação de ovócitos, para a qual terá que se proceder também à estimulação ovárica, recolha de ovócitos e em seguida a sua vitrificação em azoto líquido, permitindo a sua utilização mais tarde numa FIV.

O caso, anunciado em Fevereiro no jornal científico *Annals of Oncology*, foi registado no hospital Antoine Bécclère, em Clamart, perto de Paris, e acompanhado por uma equipa liderada por Michaël Grynberg, diretor do centro de procriação medicamente assistida da unidade hospitalar.

O processo teve início quando a mulher de 29 anos foi diagnosticada com carcinoma ductal invasivo ou cancro de mama invasivo grau III. Três semanas depois do diagnóstico foi marcado o início de um tratamento de quimioterapia. De acordo com o artigo publicado no *Annals of Oncology*, a paciente foi submetida a uma ecografia transvaginal na qual foram encontrados 17 folículos antrais e um corpo lúteo esquerdo. Por ser contra-indicada a estimulação ovárica devido à possibilidade de piorar a situação clínica da mulher, os médicos sugeriram que se fizesse uma maturação in vitro de ovócitos e em seguida a vitrificação, combinada com uma criopreservação de tecido ovárico. A



INVESTIGAÇÃO

paciente recusou ser submetida a uma laparoscopia e avançou-se para o processo de maturação in vitro, que viria a ser realizado no dia 22 do ciclo menstrual. A equipa médica conseguiu retirar sete ovócitos imaturos, passando-se à fase de maturação. A maturidade dos óvulos foi verificada ao fim de 24 horas e novamente às 48 horas. No final desse tempo, foram criopreservados seis ovócitos.

Cinco anos depois, a mulher, entretanto recuperada do cancro de mama, decidiu que queria ser mãe e iniciou as tentativas da forma natural. No entanto, foi confirmado que tinha problemas de fertilidade devido à quimioterapia, tendo sido considerado pela equipa multidisciplinar que a acompanhava que se deveria recorrer aos ovócitos que estavam criopreservados. Seguiu-se a preparação do endométrio, com a toma e administração de medicação. Seis ovócitos sobreviveram ao processo de descongelamento, tendo-se avançado para a inseminação por injeção intracitoplasmática de espermatozoides. Do procedimento resultaram cinco zigotos e um embrião que foi transferido para o útero da mulher após três dias de toma de progesterona. O embrião desenvolveu-se sem registo de quaisquer problemas na saúde da mãe e do bebé. A criança nasceu, saudável, no dia 6 de Julho de 2019, quando a mulher tinha 34 anos.

Michaël Grynberg afirmou ao site de informação francês LCI que, apesar de se tratar de uma técnica que existe desde o final dos anos 90, o que “há de novo é o congelamento dos ovócitos amadurecidos em laboratório” e destes ter-se conseguido um embrião e após a transferência uma gravidez bem-sucedida. “No quadro de uma mulher vítima no passado de um cancro de mama, é certo que se trata da primeira gravidez. Isso mostra que a técnica é interessante para os casos em que não podemos estimular as doentes”, sublinhou o responsável.

Grynberg explicou que com esta técnica é feita a remoção dos óvulos não após uma estimulação ovárica, mas diretamente dos ovários, sem que haja medicação hormonal, utilizada para que os ovócitos amadureçam normalmente até ser feita a punção. “Desta vez recolhemos os óvulos do ovário antes de amadurecerem. Depois, passámos para o processo



Michaël Grynberg, diretor do centro de PMA do Hospital Antoine Béchère

final de maturação em laboratório”, referiu.

Além deste caso, o centro de PMA do hospital Antoine Béchère está a acompanhar os de outras duas mulheres, uma que recebeu tratamento para um cancro de mama e outra para um linfoma. Ambas ficaram grávidas após serem submetidas à mesa técnica. Outros casos não foram bem-sucedidos, depois dos embriões criados em laboratório não se terem desenvolvido para ser feita uma transferência.

Apesar deste caso de sucesso e de outros dois as gravidezes terem ocorrido e estarem a decorrer de forma saudável, Grynberg disse que há algumas questões que necessitam de uma investigação ainda mais aprofundada, como as razões que podem explicar a diferença entre o número de ovócitos imaturos que são retirados de mulheres com um caso clínico semelhante. “Podemos ter duas doentes diferentes, ambas com 30 anos, e obter dez óvulos de uma mulher e 20 de outra, e não sabemos o porquê”, exemplificou.

A equipa liderada por Michaël Grynberg admite que a técnica nem sempre será bem-sucedida, “mas será uma esperança para as mulheres com cancro de mama, que até aqui não podiam receber medicação hormonal e que querem preservar a sua fertilidade”.



INQUÉRITO



Ana Galhardo

Psicóloga Clínica e coordenadora da rede de apoio psicológico da APFertilidade

Impacto emocional da pandemia Covid-19 em pessoas com infertilidade

APFertilidade apoia esta investigação. [Participe aqui!](#)

ENTREVISTA

“NÃO SÃO ACEITÁVEIS LISTAS DE ESPERA SUPERIORES A 2 ANOS PARA TRATAMENTO COM DOAÇÃO”

PEDRO XAVIER É PRESIDENTE DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA DE REPRODUÇÃO (SPMR) E DESDE QUE ASSUMIU O CARGO EM 2018 COLOCOU A DIVULGAÇÃO DO CONHECIMENTO CIENTÍFICO E A INFORMAÇÃO DA SOCIEDADE SOBRE A PROcriação medicamente assistida entre as prioridades. À +FERTILIDADE SUBLINHOU QUE OS CENTROS DE FERTILIDADE DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE (SNS) CONTINUAM A NÃO BENEFICIAR DO REFORÇO ORÇAMENTAL NECESSÁRIO E QUE PREVALECE A DIFERENÇA ENTRE OS SETORES PÚBLICO E PRIVADO NA RESPOSTA DADA AOS CANDIDATOS A DADORES, O QUE CONDICIONA O NÚMERO DE TRATAMENTOS QUE ESTÁ A SER FEITO NO SNS. “DÁ VIDA À ESPERANÇA” FOI UMA DAS RESPOSTAS DA SPMR PARA AJUDAR A AUMENTAR AS DÁDIVAS.



Créditos: Nuno Branco - Just News 2020

[+Fertilidade] Há cerca de um ano e meio a presidir à Sociedade Portuguesa de Medicina de Reprodução (SPMR), considera que os padrões em matéria de PMA têm evoluído a par do que se vai passando noutros países?

[Pedro Xavier] Podemos dizer, sem qualquer exagero, que Portugal está ao nível dos países mais avançados no que diz respeito à qualidade dos procedimentos clínicos e laboratoriais em PMA. As técnicas mais diferenciadas são hoje utilizadas na maior parte dos centros nacionais e com resultados sobreponíveis aos que são reportados pelos congéneres europeus.

[+F] Que iniciativas tem a SPMR desenvolvido para manter uma equidade no conhecimento

médico a nível nacional?

[PX] Uma das vocações naturais da SPMR reside na promoção do conhecimento científico. Desse modo a sua atual direção assumiu como prioritária a valorização das reuniões científicas que organiza. Em 2019 organizamos no Palácio da Bolsa no Porto o 7º Congresso Nacional de Medicina da Reprodução. Foi uma reunião com grande impacto científico porque contou com a participação de vários palestrantes internacionais de reconhecido mérito, para além da natural presença dos mais prestigiados especialistas nacionais. Este ano temos o desafio de realizar o 8º Congresso em Ponta Delgada. É a primeira vez na sua história que a SPMR organiza um evento desta envergadura nos Açores e, por esse motivo, também queremos aí deixar esse marco de qualidade científica.

ENTREVISTA



Créditos: Nuno Branco - Just News 2020

“Portugal está ao nível dos países mais avançados no que diz respeito à qualidade dos procedimentos clínicos e laboratoriais em PMA.”

Para além disso a SPMR, através dos seus representantes, é presença assídua em numerosos eventos científicos nacionais e internacionais. A título de exemplo poderia citar a nossa participação numa sessão científica no Congresso da Sociedade Espanhola de Fertilidade que irá decorrer em Bilbao em maio de 2020.

[+F] Uma das dúvidas frequentes colocada à APFertilidade é se há diferenças entre um tratamento feito no público e no privado, se as técnicas e o conhecimento médico são ou não semelhantes. É possível existirem distinções neste âmbito?

[PX] As técnicas e o conhecimento médico são semelhantes. Não tenho dúvidas em afirmar que os profissionais das diferentes áreas que compõem as equipas de PMA, desde médicos, embriologistas, psicólogos e enfermeiros, são de grande qualidade em ambas os setores. No entanto, tenho que admitir que o setor público pode ter mais constrangimentos para acompanhar o ritmo das inovações no que diz respeito aos equipamentos laboratoriais, uma vez que exige avultados e permanentes investimentos que nem sempre são possíveis neste setor. Essa realidade pode justificar algumas diferenças nas taxas de sucesso entre setor público e privado, mas, apesar de tudo, não serão muito significativas.

[+F] É difícil encontrar informação sobre a atividade de PMA no país. Critérios de decisão médica para tratamento, taxas de sucesso com base em quadros clínicos dos pacientes. Essa é outra necessidade que continua a ser apresentada pelas pessoas com problemas de fertilidade, nomeadamente para tomarem uma decisão quanto a um tratamento. A falta de meios ou até de disponibilidade dos centros de PMA podem estar a limitar a reunião desses dados?

[PX] Os centros de PMA são obrigados a reportar anualmente toda a sua atividade ao Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA). Por esse motivo, Portugal tem um registo muito completo dos dados da PMA. Todos os anos esses dados são publicados na página da internet do CNPMA e da SPMR e estão acessíveis a toda a gente. Há, no entanto, um desfasamento temporal entre o ano da publicação e a data em que são consultados, não apenas devido à dificuldade em trabalhar esses registos, mas também porque os resultados dos tratamentos, em termos de nascimentos e evolução da criança no primeiro ano de vida, só podem ser obtidos ao fim de pelo

menos nove meses até ao parto e de 21 meses até ao primeiro ano de vida das crianças.

Neste momento está publicada a atividade de todos os centros nacionais até 2015 e a informação que tenho é que está para muito breve a publicação do relatório de atividades referente ao ano de 2016. Apesar desse relatório de atividades ser bastante completo, ele não relaciona os resultados com os diferentes centros, motivo pelo qual em Portugal o público em geral continua a não ter acesso aos resultados de cada centro, a não ser após contacto direto com o mesmo. Não tenho dúvidas que essa informação poderá ser importante no momento da escolha do hospital ou clínica onde os beneficiários se vão dirigir para realizar os seus tratamentos. No entanto, devemos ser cautelosos na interpretação dos resultados reportados. Dizer que a taxa de sucesso de um tratamento corresponde a uma determinada percentagem é muito vago porque é difícil estabelecer critérios rígidos para medir esse sucesso. Dou um exemplo: a taxa de sucesso que mede o número de gravidezes pelo total de transferências embrionárias realizadas é muito diferente da que representa o número de recém-nascidos por cada tratamento iniciado. Este último terá seguramente uma percentagem mais baixa porque vai incluir os casos de tratamentos cancelados por ausência de ovócitos ou de fecundação, bem como os casos de mulheres que engravidam, mas que acabam por perder a gravidez.

Também é muito importante ter em consideração a idade das mulheres e o número médio de embriões transferidos em cada tratamento (as clínicas que transferem menos embriões poderão ter taxas de sucesso mais baixas, mas também terão menos gravidezes gemelares evitando as suas complicações). O que quero dizer com tudo isto é que disponibilizar a informação é importante, mas a sua leitura é por vezes complexa.

[+F] A SPMR tem lançado ações de sensibilização e de informação para algumas das principais carências em PMA. No ano passado, e no seguimento do bloqueio legal criado com a decisão do Tribunal Constitucional em abril

de 2018, foi lançada uma campanha a apelar à doação de gâmetas. Que resultados foram obtidos até agora com essa iniciativa?

[PX] Após a decisão do Tribunal Constitucional, que em 2018 aboliu o anonimato nas doações de gâmetas e embriões, receámos que houvesse uma redução muito significativa nas doações de ovócitos e de espermatozoides. Decidimos por isso lançar uma campanha designada “Dá Vida À Esperança” que pretendeu sensibilizar os nossos cidadãos para o problema da escassez de dádivas de gâmetas e embriões no nosso país.

A campanha foi promovida nas redes sociais, nos meios de comunicação social e em palestras realizadas por membros da SPMR junto sobretudo de jovens universitários. A experiência foi muito positiva e gratificante. Ao fim de um ano de campanha pudemos constatar um aumento muito significativo tanto nas doações de espermatozoides como de ovócitos. Em 2018 o total tinha sido de 1.082 (221 dádivas de espermatozoides e 861 de ovócitos) e em 2019 o número de doações aumentou para 1.902 (763 de espermatozoides e 1.139 de ovócitos). Infelizmente, embora estes aumentos se possam considerar impressionantes, ainda não permitiram reduzir a lista de espera para tratamento com doações de gâmetas no setor público. Neste caso o problema não parece residir apenas na escassez das doações, mas também na dificuldade da resposta do setor público aos candidatos a dadores.

[+F] Quais são os desafios a que a SPMR quer dar resposta até ao final do ano?

[PX] Para além da organização do 8º Congresso Nacional de Medicina da Reprodução nos Açores, este ano queremos dar continuidade à campanha “Dá Vida À Esperança”. Este projeto tem sido um dos maiores desafios do nosso mandato e, através dele, pretendemos também alertar as entidades competentes para a necessidade de tornar mais eficaz o funcionamento do Banco Público de Gâmetas. Não é aceitável termos listas de espera superiores a 2 anos para efetuar um tratamento com doação de gâmetas nos centros públicos do nosso país.

APOIO PSICOLÓGICO

O AMOR NOS TEMPOS DE CÓLERA



Ana Galhardo

Ana Galhardo Psicóloga Clínica e coordenadora da rede de apoio psicológico da APFertilidade

Peço emprestado a Gabriel Garcia Marquez o título deste texto porque os nossos tempos também são de amor e também são de cólera...

Numa situação sem precedentes, vemo-nos confrontados com desafios que, num piscar de olhos, passaram a definir o tempo, o espaço, o futuro. As notícias difíceis, a incerteza, a dúvida, a preocupação, o medo, a tristeza, a irritabilidade surgem facilmente, assumindo diferentes formas,

diferentes focos. Para quem o desejo de ser mãe ou pai encontra dificuldades, e a sua concretização pode passar pela ajuda da medicina, as circunstâncias da atualidade podem intensificar a ansiedade, o medo, a dificuldade em tomar decisões, a cólera. Estas emoções são inevitáveis e naturais! Afinal, algo muito importante nas suas vidas está ameaçado, adiado, por alcançar!

A mente dos humanos, uma contadora de histórias exímia, pode tecer tramas de injustiça, de revolta, de crítica, de raiva. E estas podem cruzar-se com outras, que fantasiam barreiras, que acarretam nervosismo, hesitação, que se preocupam com um passar de tempo, um tempo precioso para quem tem “pouco tempo” ou há muito aguarda por um tratamento, pela oportunidade de uma vida a crescer.

Sem dúvida, para as pessoas que previam iniciar ou continuar tratamentos, a pandemia veio acrescentar adversidade, veio agudizar aquilo que já é, pelas suas características, emocionalmente desafiante, sendo frequentemente descrito como uma montanha russa de emoções. Claro que as emoções fazem parte da natureza humana e não há como não as experienciar! No entanto, tal como sucede com as histórias da mente, que nem sempre traduzem a realidade, que estão frequentemente povoadas de ameaças e perigos, também as emoções desencadeiam sofrimento em função da maneira como nos relacionamos com

elas. Frequentemente, nas nossas tentativas de não estar em contacto com o que é doloroso e difícil (pensamentos, sentimentos, sensações corporais, recordações, fantasias acerca do futuro), fazemos coisas que, sem nos darmos conta, acrescentam ainda mais sofrimento, por exemplo, tentamos não pensar, tentamos distrair-nos, etc. Assim, talvez a primeira coisa útil a fazer seja “darmos conta” do que está a acontecer dentro de nós, notar as histórias da nossa mente, olhá-las como observadores, como espectadores, sem nos deixarmos envolver em demasia nelas, sem agirmos em função do seu enredo. Ao distanciarmo-nos das histórias que a mente nos conta, ganhamos a oportunidade de, com maior clareza, escolher o que fazer. E escolher o que fazer envolve equacionar múltiplas variáveis, distintas para cada caso.

O aconselhamento médico nesta, como noutras alturas, é fundamental. A European Society for Human Reproduction and Embriology (ESHRE), a Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução (SPMR) e o Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA) recomendam a suspensão dos tratamentos de infertilidade. Contudo, remetem para os diretores de cada centro a decisão final

no que se refere à continuidade da realização de tratamentos. Assim, só a análise de cada caso em particular poderá indicar o caminho a seguir, mas é importante lembrar que há muitas coisas que não se podem controlar, mesmo que gostássemos imensamente de o fazer.

Este tempo de amor e de cólera pode assemelhar-se ao tempo lá fora, há dias em que o céu se despe de nuvens e se torna claro, de um azul infinito e a brisa sopra de mansinho, e há outros em que o céu está cinzento, chove e faz frio. Este tempo de amor e de cólera é impermanente, transitório e talvez possamos olhar para ele com força, coragem (aquela que vem do coração) e serenidade, não esquecendo que mesmo nos dias de tempestade a luz do sol está lá. Talvez possamos focar-nos no que está ao nosso alcance fazer para cuidar de nós e dos outros, procurando que as nossas vidas mantenham significado, vitalidade. E este cultivar de qualidades como o amor, a paciência, a bondade, a gratidão, a compreensão ajuda-nos! Estas qualidades não eliminam o sofrimento, mas suavizam-no e mostram-nos que somos capazes de estar com ele, que independentemente dele, a vida é um presente, uma dádiva!

Num contexto em que cuidar de nós é fundamental, também no que diz respeito à saúde da nossa mente, permito-me deixar duas sugestões de recursos:

Associação Portuguesa para o Mindfulness:
<http://www.apmindfulness.com>

Tara Brach:
<https://www.tarabrach.com>



NUTRIÇÃO

COMO A ALIMENTAÇÃO PODE AJUDAR A LIDAR COM A MENSTRUAÇÃO/ CICLO MENSTRUAL



Carla Fernandes
Nutricionista

Desde 2005, actua com foco na saúde e nutrição feminina. Trabalho disponível em [Instagram @nutrifeminina](https://www.instagram.com/nutrifeminina) e www.carlafernandes.eu

A cada mês um fluxo de sangue invade a nossa intimidade e com ele, vem muitas vezes, um conjunto de sintomas que leva a que muitas vezes se ouçam vozes: ela está com a lua, está naqueles dias, está com TPM... e muitos mais comentários típicos que fomos ouvindo ao longo do nosso crescimento.

A maioria de nós cresceu sem perceber claramente porque chega aquele sangue todos os meses. A ideia mais transmitida é que a partir dali podemos engravidar e a preocupação é, geralmente, nesse sentido. Este desconhecimento do nosso próprio corpo fez-nos distanciar do que somos como mulheres, do que os une e da nossa capacidade inata de gerar vida.

O tabu em volta do assunto, que felizmente hoje começa a ser vencido, fez e ainda faz muitas mulheres esconderem a sua menstruação e o seu ciclo da família e durante muito tempo, das suas filhas.

Um dos grandes problemas deste tabu é a distância a que ficamos do nosso corpo e desse indicador vital de saúde: o nosso ciclo menstrual. Perceber o nosso ciclo menstrual, como varia, perceber as cores do fluxo menstrual, identificar os sintomas e estados de ânimo e vitalidade ao longo das várias fases do ciclo traz uma sabedoria que permite um auto-cuidado desde tenra idade e, portanto, mais saúde e cuidado com a fertilidade. Sim, escutar o corpo, perceber os nossos ciclos menstruais ao longo da vida, ajuda a cuidar da nossa fertilidade.

Penso que a maioria de nós identifica sintomas associadas à fase pré-menstrual – irritabilidade,

insónias, vontade de comer doces, impaciência, obstipação, cólicas, enxaquecas, acne, tensão mamária (são apenas alguns) – mas e nas outras fases do ciclo?

O ciclo menstrual começa no primeiro de menstruação. Portanto, neste dia assinalamos como dia 1. Depois, o ciclo vai variando consoante cada mulher, mais longo ou mais curto dependendo de imensos factores, como stress, alimentação, idade, estado de saúde, entre outros. O dia 1 marca o início da fase folicular, depois ocorre a ovulação e depois segue-se a fase luteínica até à próxima menstruação.

Todos os dias as nossas hormonas são diferentes e em cada fase do ciclo a variação hormonal



NUTRIÇÃO

também é diferente. Toda esta informação apenas é válida quando não tomamos qualquer tipo de medicamento hormonal, nomeadamente a pílula e outros contraceptivos hormonais.

Identificando a fase em que nos encontramos e estando atenta aos sinais e sintomas vamos percebendo as situações e fases que parecem precisar de mais cuidado. Existem elementos chave para um ciclo menstrual vivido de forma tranquila, sem dor, nem sintomas difíceis ainda que se perceba a flutuação hormonal no nosso estado anímico e físico. Esses elementos são: o que comemos e bebemos, o nosso sono, a nossa exposição solar, a nossa atividade física, a exposição a toxinas ambientais e claro o stress. Todos eles influenciam o nosso corpo e o nosso ciclo menstrual.

Sabendo que os ovários têm uma sensibilidade grande ao estado de saúde já que em sobrevivência reproduzir não é fundamental, alterações persistentes em qualquer um dos elementos apresentados podem afectar a saúde ovariana e, portanto, o ciclo menstrual e a nossa fertilidade.

Mas e o que podemos fazer, na prática, para cuidar da nossa menstruação, do nosso ciclo menstrual e da nossa saúde? Permitirmo-nos conhecer o nosso ciclo menstrual e perceber cada fase é um dos primeiros passos.

A todos estes cuidados, temos de acrescentar a importância da vitamina D que recebemos da exposição solar, a actividade física que ajuda a regular a insulina e que esta estabilidade é fundamental para a saúde ovariana, o descanso já que o sono é fundamental para regular o stress e garantir um equilíbrio hormonal.

Com isto que apresentei, quero dizer que não é normal sentirmos muita dor e mau estar físico ou emocional em alguma fase no ciclo, nem na menstruação. Essa mensagem de normalidade foi passando ao longo de décadas, mas quando implementadas medidas simples que estão ao alcance de todas nós são corrigidas e melhoradas. O impacto da mudança na alimentação no ciclo menstrual, em situações não graves, é rápido e isso mostra o quanto desconhecíamos de como nutrir o nosso corpo.

Ao corrigir a alimentação melhoramos a nossa digestão, a nossa tiroide, o nosso cérebro e o nosso ciclo menstrual. Pode parecer difícil nos dias de hoje, em que cozinhar é cada vez mais uma tarefa delegada a comidas prontas, mas na verdade, essa é a mentalidade que tem de mudar para que tudo o resto se encaixe em prol da saúde.

Simplicidade é o termo. Escolher a cada momento o melhor entre vegetais, fruta, frutos secos, feijões, ovo, peixe, aveia, mandioca, cereais. Estes alimentos podem ser comidos em qualquer refeição. Temos de trocar produtos alimentares por alimentos, a diferença é enorme!

Quanto à alimentação em cada fase do ciclo, esse é um passo seguinte de auto-conhecimento, de adequar a cada mulher as suas necessidades específicas quando existe algum desequilíbrio a cuidar. Sabemos, de forma geral, que precisamos de fontes de ómega 3, zinco, fibras e cálcio na fase pré-menstrual. Precisamos de ajustar o ferro às mulheres que tem fluxo abundante, mas também otimizar o seu intestino para a absorção de vitaminas do complexo B.

E, acima de tudo, não podemos ter medo de comer. Comer é fundamental!

É cada vez mais comum atender mulheres em idade fértil que vêm os seus ciclos menstruais alterados, com ausência de menstruação, devido a uma alimentação muito restrita e excesso de exercício físico. O equilíbrio é fundamental!

Passar este conhecimento desde cedo às meninas, mas também aos rapazes. Porque escondemos algo que é natural e que afecta a ambos? A fertilidade é de ambos. Os cuidados aqui descritos devem ser implementados por todos, homens e mulheres!

As mulheres ao irem gerar outras mulheres passam a sua saúde ou ausência dela às gerações seguintes. Ultrapassar a vergonha da menstruação, adquirir conhecimento sobre o nosso corpo e perceber o que nos faz sentir bem é uma grande conquista e é responsabilidade de todas nós! Nós somos o futuro e o que fazemos hoje influencia o amanhã e sim, falo de alimentação, ciclo menstrual e fertilidade!

Cuidar da nossa alimentação

Mais do que pensar em como devemos comer em cada fase do ciclo, devemos pensar em alimentar-nos bem ao longo de todo o ciclo.

- Parece que uma **boa quantidade diária de fibras, de hortaliças e frutas**, é fundamental para o funcionamento hormonal, já que permite eliminar de forma eficiente estrogénios em excesso através do intestino que podem provocar alterações no ciclo menstrual, prejudicando a ovulação e a fertilidade.
- **Boas gorduras são fundamentais.** As nossas hormonas são feitas de colesterol e parte desse colesterol provem do que comemos. Deixemos de lado óleos vegetais refinados. Estes encontram-se em fast food, doces prontos, comidas pré-feitas, bolachas. Frutos secos, sementes, abacate, ovo, azeite, peixes são algumas boas opções. As sementes são também ricas em fibras e minerais importantes também para a saúde ovariana e tiroidiana (também de extrema importância) para o ciclo menstrual.
- **Incluir proteína animal** (carne, peixe, ovos) **ou vegetal** (feijões, grão, lentilhas) de forma regular ao longo do dia, permitindo saciedade e aminoácidos e vitaminas e minerais também essenciais a todo o corpo nomeadamente tiroide e ovários.
- **Aumentar o consumo de ervas aromáticas e especiarias**, que além de darem sabor, tem nutrientes que suportam a nossa digestão e fígado, importante para a eliminação diária de toxinas e processamento hormonal.
- **Mastigar bem devagar.** A digestão começa na boca e a absorção de nutrientes no intestino

também depende da qualidade da mastigação. Nutrientes são o que precisamos para produzir hormonas e para regular a nossa saúde.

- Aproveitar as oportunidades diárias em que temos para nos **alimentar com comida real e natural.**
- **Reduzir radicalmente o consumo de açúcar** em bolos, bolachas, refrigerantes, comidas prontas, fast food. O ovário tem muita sensibilidade ao açúcar, os exageros podem realmente prejudicar a sua saúde e comprometer a ovulação, como por exemplo pode acontecer na síndrome de ovários poliquísticos. Uma alimentação rica em açúcar e refinados afecta a nossa e insulina que pode levar facilmente à alteração hormonal e afectar o ciclo menstrual.

Acrescento ainda a falta de nutrientes e o excesso de aditivos que estes produtos alimentares têm e que crescem mais esforço ao nosso metabolismo a manutenção de um equilíbrio saudável.

- Eliminar o consumo de bebidas alcoólicas.
- Reduzir o consumo de café e bebidas com cafeína.
- Diminuir ao máximo a exposição a alimentos conservados em plásticos como enlatados, comidas pré-prontas. Preferir conservas em vidro. Quanto à água, preferir usar um filtro de água e transportar água em garrafas de vidro ou inox.

TESTEMUNHOS

QUANDO O MUNDO PERDEU A COR



Não posso dizer que, fisicamente, tenha tido uma adolescência fácil. Desde que me lembro, as dores menstruais estiveram sempre presentes, a ocupar grande parte do meu tempo. Claro que, como desde cedo ouves que ter dores faz parte, tentas não dar grande importância a isso, uma vez que é tudo 'normal' e que todas as mulheres passam pelo mesmo.

Até as dores serem tantas que não te consegues mexer. Não te consegues levantar da cama ou do chão. E precisas de ser carregada ao colo pelo teu pai até às urgências.

O que é normal? Normal é o que faz parte da tua rotina. É o que acontece constantemente, é o teu dia-a-dia. Se tens dores constantemente, isso

acaba por ser normal. Habitua-te a isso, proteges-te da melhor maneira que consegues, adaptas-te. Os teus pais não concordam contigo, por isso levam-te a uma médica. Ela descobre uma "massa" no útero e receita-te dez comprimidos por dia. Isso passa a ser normal. Mas os comprimidos fazem-te sentir ainda pior. Seguem-se dezenas de exames. A rotina muda, mas as dores continuam. As ecografias multiplicam-se e logo isso passa a ser normal para ti. Os diagnósticos diferentes também: e habituas-te a isso. Não sabes o que tens, o que se passa contigo. Durante anos. É normal...

Perdi a conta a quantos médicos fui e a quantos exames fui submetida. Lembro-me de casos isolados, que se destacam pela incompetência: uma

médica disse-me que eu tinha dois úteros e um médico para tirar os ovários que não estavam lá a fazer nada. Nesta altura, tenho já 19 anos. E com 19 anos recebo a sentença de que sou infértil.

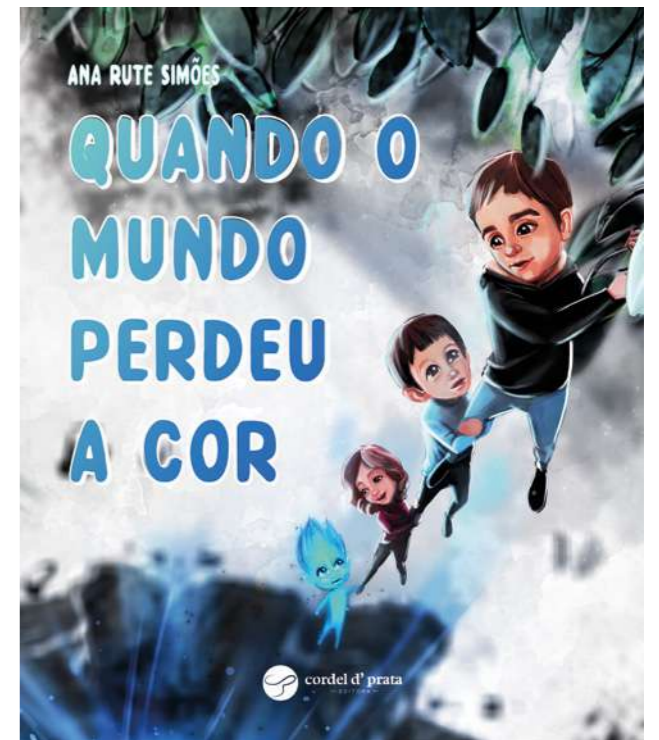
Nunca tive planos para ser mãe. A ideia de maternidade não fazia parte dos meus sonhos. Ainda assim, fecharem-te uma porta na idade em que as comesças a abrir foi devastador. Tanto como os anos sofridos em silêncio, sem saber o que tinha, incapacitada pelas dores, julgando ser mais fraca que as outras pessoas, julgando ser menos.

No meu caso, as dores tornaram impossíveis um dia-a-dia normal, mas o não saber, o não ter um nome para dar ao que sentia, foi o que mais me desgastou. Porque comecei a duvidar de mim própria e das minhas queixas. Quando finalmente me foi diagnosticada uma endometriose, um peso saiu de cima de mim. Não estava a imaginar. Não me queixava sem razão. A causa existia e tinha um nome: endometriose. Aos 20 anos fui submetida a uma laparoscopia, que me tirou as dores e me devolveu o controle da minha vida. Tudo mudou então. Menos o diagnóstico de infértil. Passados 20 anos, ainda hoje o carrego: tenho 1% de hipótese de engravidar.

Nestas condições, fiz o que achei melhor. Aos 27 anos parei de tomar a pílula, visto considerar a ideia de engravidar inexistente. Passado um mês, estava grávida do meu primeiro filho, o David. E digo primeiro, porque se seguiram o Diogo e o Vasco. Hoje têm 11, 8 e 4 anos.

Tudo mudou com o primeiro choro do David. Se ao descobrir que estava grávida, me senti perdida, quando o vi pela primeira vez, senti-me em pânico. Não tinha feito planos, não sabia se queria ser mãe, nunca tinha pensado nisso. Ali, o mundo mudou. Transformou-se.

Hoje, fazem parte de mim, como uma perna ou um braço. Mais. É como se o meu coração tivesse saltado para fora de mim, dividindo-se em três. Fazem-me ver o mundo de maneira diferente. Inspiram-me. E foi deste amor e desta cumplicidade que, em Dezembro de 2019 nasceu o meu primeiro livro infantil Quando o Mundo perdeu a cor, onde eles são os heróis da história. Um livro cheio de



aventura e magia, tal como a própria vida. Onde as crianças reparam que as cores estão a desaparecer do Mundo e são elas que vão salvar os adultos. É o meu testemunho para eles. Para que eles saibam que são mágicos e que mudaram a minha vida, lheram mais cor. Porque algumas histórias acabam bem...

A autora escreve sem Acordo Ortográfico

TESTEMUNHOS

“NÃO HÁ MAIOR ALEGRIA DO QUE TER O COLO OCUPADO”

No dia 4 de Março de 2020 nasceu um lindo arco-íris, que nos veio encher o colo e colorir a vida. Carregamos uma filha nos braços e vários no coração, que nunca serão esquecidos.

Tivemos um caminho longo e muito doloroso a percorrer, até chegarmos ao grande dia, mas chegamos com a graça de Deus, porque quando ele entendeu que era a hora certa, o milagre chegou, e tornou tudo possível. Foram 10 anos de luta por um filho nos braços, mais de 7 anos de colo vazio, várias perdas obstétricas e diagnósticos clínicos, e a chegada da infertilidade e de tudo o que ela acarreta.

Na nossa caminhada tivemos vários insucessos obstétricos, muito diferentes e sem ligação entre eles, e que não fizeram soar os alarmes dos médicos, porque eram situações muito díspares. Tivemos duas gravidezes espontâneas, mas que não terminaram bem. A primeira terminou quase às 24 semanas com uma IMG, por causa de uma cardiopatia congênita muito grave, o SVEH (Síndrome do Ventrículo Esquerdo Hipoplásico) que nos levou o nosso André, que era geneticamente saudável e cuja cardiopatia não teve causa científica até hoje, foi um acaso da natureza sem explicação, após a realização dos estudos de anatomia patológica e genéticos do bebê.

Ter de “matar” o nosso filho, foi a pior decisão da nossa vida. Vivemos para sempre com duas dores, a dor da perda e a dor da decisão. Depois de termos alta médica para voltarmos a engravidar, veio uma nova gravidez, mas mais uma vez a sorte não nos bafejou, e às 7 semanas descobriu-se que eu tinha uma gravidez ectópica com um bebê vivo na trompa esquerda. Tive de fazer uma cirurgia de urgência para retirar a trompa esquerda, e assim perdemos o nosso segundo bebê e entramos no mundo da infertilidade e da PMA, por incompetência da única trompa que possuo.



Não vou citar os centros de fertilidade e nem as clínicas privadas onde as coisas não correram bem, e irei só dizer mais à frente, a porta certa que batemos. Fizemos o nosso primeiro tratamento de fertilidade, num misto de FIV e de ICSI, no qual engravidei e tive uma gravidez bioquímica, que muito provavelmente foi causada pela administração de aspirina, porque no meu caso não é recomendável a toma, como viria a descobrir mais tarde.

Após esse tratamento fiz um estudo completo às trombofilias e fiquei a saber que sou portadora de trombofilias genéticas e adquiridas. Fui encaminhada para uma hematologista maravilhosa, uma excelente profissional e muito humana, que se chama Dra. Rosa Maia.

Munidos desse novo dado, fizemos um novo tratamento, devidamente medicada e acompanhada para não correr risco de vida. Fizemos uma FIV que



TESTEMUNHOS



resultou num aborto retido às 7 semanas. Como estava medicada para as trombofilias, os médicos acharam que havia mais alguma coisa que devia estar a escapar, e fizemos o estudo dos nossos cariótipos e descobriu-se que eu tenho uma translocação equilibrada, e que teríamos de recorrer ao DGPI nos tratamentos seguintes para termos embriões saudáveis. Depois deste diagnóstico foram precisos mais três tratamentos de fertilidade, dois em que não obtivemos embriões de qualidade e saudáveis, até que chegamos à AVA, com uma equipa maravilhosa e fizemos o nosso quinto tratamento de fertilidade e o que nos trouxe a nossa filha. Conseguimos ter embriões com qualidade e saudáveis, e engravidamos com um só embrião.

Fui seguida pela minha querida hematologista, que acreditou connosco que desta vez é que era, e que fez tudo o que podia para que a gravidez corresse bem, pelo que fiz injeções diárias de heparina desde o tratamento (não sei quantas são, não as contei) e durante a gravidez toda, e ainda as faço por mais algum tempo após o parto. Foi considerada uma gravidez de alto risco por causa das minhas trombofilias, por ser uma gravidez resultante de PMA e por causa do meu historial obstétrico.

Fui muito bem seguida na MBB em Coimbra, com consultas regulares e análises frequentes, e tivemos de fazer um ecocardiograma fetal para despiste de cardiopatias na nossa filha, que felizmente tem o coração saudável. E graças a Deus, foi uma gravidez que em correu tudo bem, não houve nenhum

incidente, nem necessidade de irmos às urgências, e a nossa menina gostou tanto do T0, que teve de ser despejada do mesmo com um parto induzido.

Felizmente, nenhum médico nos disse ao longo do caminho que era impossível, só diziam que não tínhamos tido sorte até aqui, mas que esse momento era possível sim. E eu acreditei sempre que ele chegaria, e lutei para que a minha parte fosse cumprida, até que Deus nos concedesse a sua grande graça, porque desistir não era opção, mesmo nas alturas em que as nuvens eram muito negras.

Nem sempre batemos nas portas certas, mas o importante é termos batido na porta certa e que nos estava destinada para a grande vitória. Mantive a fé e a esperança de que o grande dia chegaria. A nossa princesa chegou à quinta gravidez e ao quinto tratamento de fertilidade, porque nem sempre as coisas correm como sonhamos, mas o importante é lutarmos, enquanto as nossas capacidades emocionais, físicas e económicas nos permitem.

Enquanto conseguirmos, vale a pena lutar, porque quando o milagre chega, não há maior alegria do mundo do que ter o colo ocupado. Quero que sejamos um caso de esperança para quem está no limbo da infertilidade e das perdas gestacionais e neonatais, para que não desistam e continuem a acreditar que o milagre é possível. Que a nossa história possa ajudar outros casais a não perder a esperança, mesmo que o caminho esteja muito tortuoso.

Partilhamos a nossa história para quem sabe levar uma palavra de conforto a quem está na escuridão da dor. Se puder levar esperança à um casal que seja, já me sentirei muito feliz e honrarei a memória dos meus filhos. Aos demais, que não sofrem da doença clínica chamada infertilidade e que tiveram a grande sorte de não passarem pelas perdas gestacionais ou neonatais, peço que aprendam a respeitar a dor alheia e a terem empatia para com os casais que passam por provas tão duras na vida. Não é por não termos passado pelo mesmo, que não possamos ter respeito e solidariedade. Se não sabem o que dizer, basta um lamento, estou aqui e um abraço, acreditem que faz toda a diferença.

Obrigada a todos que caminharam connosco e que torceram por nós.



Associação Portuguesa de
Fertilidade

0,5% IRS

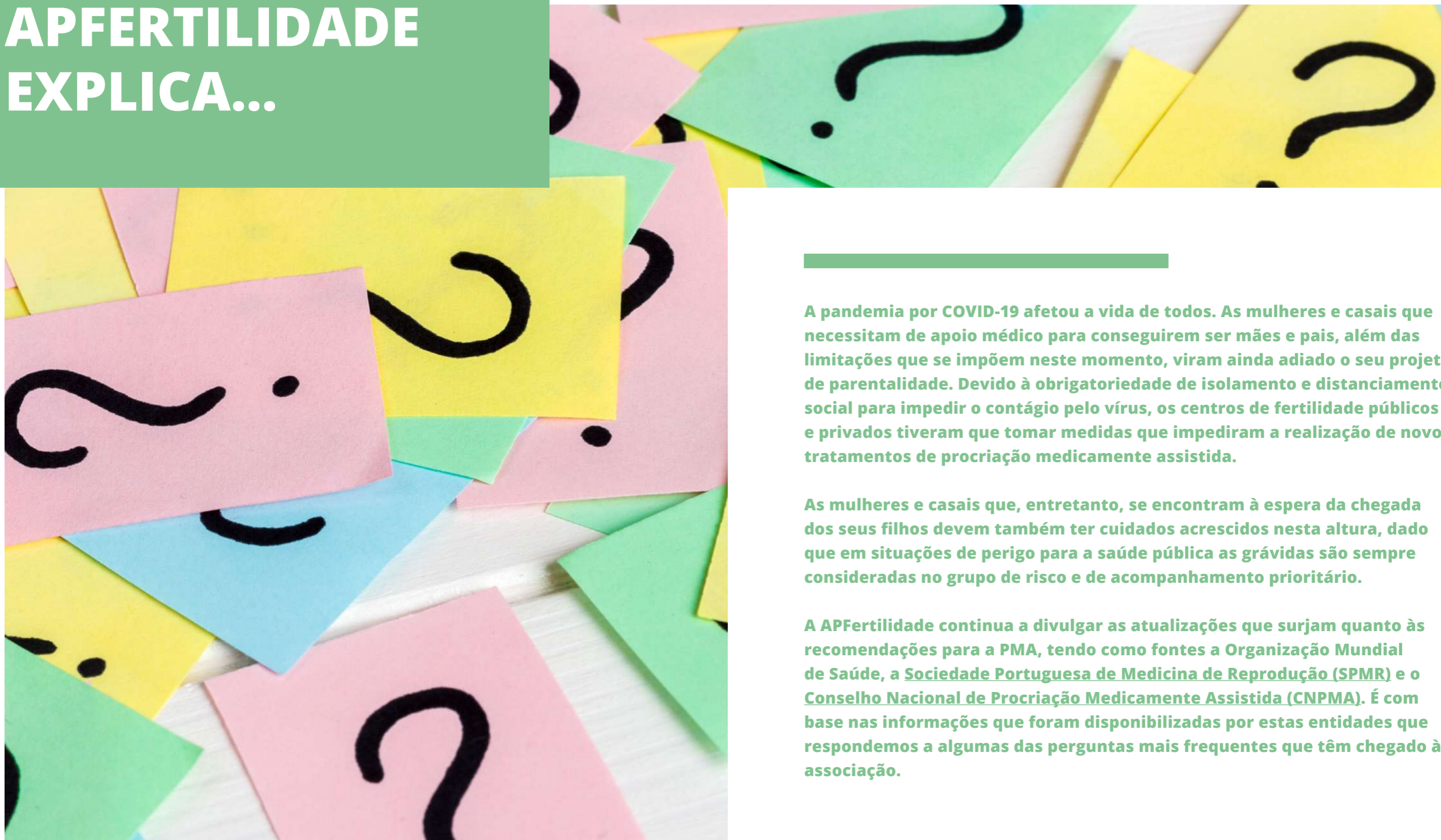
Um simples gesto que ajuda a criar famílias!

Dê vida a esta causa!

5 0 7 7 2 4 2 1 6

Modelo 3 | Quadro 11

APFERTILIDADE EXPLICA...



A pandemia por COVID-19 afetou a vida de todos. As mulheres e casais que necessitam de apoio médico para conseguirem ser mães e pais, além das limitações que se impõem neste momento, viram ainda adiado o seu projeto de parentalidade. Devido à obrigatoriedade de isolamento e distanciamento social para impedir o contágio pelo vírus, os centros de fertilidade públicos e privados tiveram que tomar medidas que impediram a realização de novos tratamentos de procriação medicamente assistida.

As mulheres e casais que, entretanto, se encontram à espera da chegada dos seus filhos devem também ter cuidados acrescidos nesta altura, dado que em situações de perigo para a saúde pública as grávidas são sempre consideradas no grupo de risco e de acompanhamento prioritário.

A APFertilidade continua a divulgar as atualizações que surjam quanto às recomendações para a PMA, tendo como fontes a Organização Mundial de Saúde, a Sociedade Portuguesa de Medicina de Reprodução (SPMR) e o Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA). É com base nas informações que foram disponibilizadas por estas entidades que respondemos a algumas das perguntas mais frequentes que têm chegado à associação.

APF EXPLICA...

Os centros de PMA públicos e privados estão a realizar tratamentos ou consultas?

Numa fase inicial o CNPMA indicou em comunicado que, perante a emergência de saúde pública de âmbito internacional e nacional, nomeadamente a declaração do estado de emergência nacional pelo Presidente da República, bem como as medidas decididas pelo Governo sobre a necessidade de recolhimento domiciliário, era recomendada a suspensão das inseminações intrauterinas, as transferências embrionárias (a fresco ou após criopreservação) e novos tratamentos de PMA, nomeadamente envolvendo punções ováricas.

Assim, os centros de fertilidade públicos, principalmente os incluídos num hospital que está na primeira linha do combate ao COVID-19, suspenderam a realização de novos tratamentos. Nas clínicas privadas, as primeiras consultas e as de acompanhamento foram realizadas online, sem a deslocação da mulher ou do casal às instalações, e apenas os tratamentos que estavam previstos e numa fase final antes da declaração do estado de emergência seriam realizados.

A SPMR considerou, por sua vez, que não se deveria “iniciar qualquer tratamento de fertilidade, com ou sem recurso a técnicas de PMA”, sendo apenas exceção a “criopreservação de gâmetas ou embriões em contexto de doença oncológica, cujo caráter pode ser inadiável”. A associação recomendou ainda a conclusão de todos os ciclos de FIV/ICSI já iniciados que estejam na fase final de tratamento e o adiamento das transferências de embriões.

Após a conclusão pelo Ministério da Saúde e pela Direção-Geral de Saúde de que o SNS teria capacidade para dar resposta às necessidades dos cidadãos, e que poderiam ser retomadas progressivamente consultas, tratamentos e cirurgias, a SPMR emitiu novas recomendações, no dia 23 de Abril, no sentido de ser reiniciada a atividade dos centros de PMA, igualmente de forma faseada e assegurando o cumprimento das normas de segurança.

Quatro dias depois, o CNPMA indicou em comunicado que a situação atual do país “parece não

contraindicar um reinício cauteloso da atividade dos centros de PMA”, sendo que a decisão sobre quando retomar essa atividade “será da total e exclusiva responsabilidade dos diretores dos mesmos”.

Existem riscos de contaminação nos laboratórios de gâmetas e embriões?

A SPMR explica nas recomendações que tem disponíveis no seu site, e que serão alvo de atualização sempre que necessário, que o risco de contaminação de óvulos, espermatozoides e embriões armazenados nos laboratórios “parece ser muito improvável”, dado que estes “não têm recetores onde o vírus se possa ligar”.

A associação sublinha que os cuidados assumidos pelos laboratórios nas técnicas de PMA “são de tal forma rigorosos para a generalidade das infeções”, que tudo aponta que esse “risco é bastante baixo”.

Está prevista alguma medida prevista para casos cuja idade da mulher para tratamento seja ultrapassada?

O CNPMA comunicou que os centros privados de fertilidade devem garantir o acesso aos tratamentos programados, na “estrita proporção da duração” da suspensão dos mesmos, a todas as mulheres “cujo limite de idade estabelecido na Deliberação n.º 15/II, de 20 de outubro de 2017, tenha sido ou venha a ser atingido” em consequência da interrupção devido ao vírus. O Conselho referia-se à deliberação na qual determinou que “só são elegíveis para beneficiar de técnicas de PMA as mulheres que, no momento da concretização da técnica em causa, tenham uma idade que não ultrapasse os 49 anos e 365 dias (ou 366 se essa idade for completada em ano bissexto)”. Quanto aos casos de mulheres e casais que estão a ser acompanhados no Serviço Nacional de Saúde (SNS), e cujo limite de idade das beneficiárias não deve ultrapassar os 42 anos, para a indução de ovulação e inseminação intra-uterina, e os 40 para fertilização in vitro e injeção intra-citoplasmática de espermatozoide, o CNPMA solicitou ao Ministério da

Saúde que seja garantido o direito de acesso aos tratamentos programados a todas as beneficiárias que, “por força desta perturbação da atividade dos centros, possam ver ultrapassado o limite de idade para acesso aos tratamentos de PMA”. “Essa garantia deverá ter em conta não apenas a duração da suspensão da atividade, mas também os previsíveis constrangimentos à atividade dos centros durante os próximos meses, já que ambas as situações levarão inevitavelmente a um aumento das listas de espera”, sustentou o Conselho.



Existem riscos de infeção para grávida ou feto?

Em qualquer situação de risco de infeção, as grávidas estão incluídas no grupo de risco, a par dos idosos e crianças, por o seu sistema imunitário ficar debilitado durante a gestação. No caso do COVID-19, até ao momento, a evolução do seu estado de saúde é muito semelhante ao de uma mulher que não esteja grávida, “da mesma idade e com as mesmas condições de saúde”, como realça a SPMR.

A questão que se coloca é ao nível da medicação que está a ser utilizada no tratamento da doença provocada pelo vírus, como é o caso de alguns dos fármacos anti-retrovirais cuja utilização é contraindicada na gravidez. A impossibilidade de recorrer a estes medicamentos pode em algum momento impedir um tratamento mais agressivo.

Quanto à influência do COVID-19 nos nascimentos,

a SPMR indica que, com base nos poucos estudos realizados sobre esta questão, “têm-se registado um maior número de partos pré-termo e de rotura prematura de membranas em mulheres COVID-19 positivas”, sendo que um estudo realizado na China concluiu que o “parto ocorreu antes do termo em 15 de 44 grávidas infetadas”.

Em relação ao feto poder ser afetado pela doença, não existe, para já, uma conclusão sobre se há uma transmissão de mãe para bebé. No entanto, dado que a avaliação destes casos está numa fase inicial, já que os primeiros nascimentos de bebés de mulheres que ficaram infetadas no primeiro trimestre de gravidez só nascem a partir de julho, todos os cuidados de proteção devem ser seguidos pelas gestantes.

É seguro ter relações sexuais nesta altura?

Para os casais que estão a tentar engravidar existem igualmente recomendações quanto às relações sexuais. A Associação para o Planeamento Familiar criou um guia prático de perguntas frequentes sobre saúde sexual e COVID-19, que será atualizado à medida que a situação evoluir e que pode ser consultado em <http://www.apf.pt/>

Apesar de não existirem indícios de que o vírus pode ser transmitido através dos fluidos vaginal ou seminal, a proximidade física, o toque ou o beijo expõe as pessoas ao risco de contágio. As situações em que a relação sexual é mantida com o ou a companheira com quem se partilha habitação podem ser à partida as mais seguras. Mesmo assim, se um dos elementos do casal apresentar sintomas de COVID-19, como febre ou tosse, ou mau estar geral, é recomendável evitar qualquer contato físico, contatar as autoridades de saúde e cumprir o autoisolamento por 14 dias, se este tiver indicação médica.

Antes e após a relação sexual, recomenda-se a lavagem das mãos, dado que o vírus pode sobreviver em superfícies durante várias horas e a possibilidade de contágio mantém-se.

PROTOSCOLOS



A APFertilidade estabeleceu novas parcerias e atualizou outros protocolos. Saiba mais sobre os benefícios disponíveis para os nossos associados:

Dra. Matilde Catalão - Apoio Psicológico

Av. dos Moinhos, n.º 6, R/ch Esq

2610-119 Alfragide - Amadora

Tel | 932 788 183

Email | matildecatalao@hotmail.com

Preço das Consultas para Associados - 40€

DepilConcept

R. Tomás Ribeiro, n.º 71, 3º Piso

1050-227 Lisboa

Tel | 938 064 612

BodyConcept

R. Tomás Ribeiro, n.º 71, 3º Piso

1050-227 Lisboa

Tel | 938 064 612

ID Training - Identity & Diversity Training

Rua dos Marinheiros, 40

2625-116 Póvoa de St. Iria

Tel | 966 195 762

Email | info@idtraining.pt

Site | www.idtraining.pt

Conheça os outros parceiros da APFertilidade [aqui](#).



Associação Portuguesa de
Fertilidade

www.apfertilidade.org