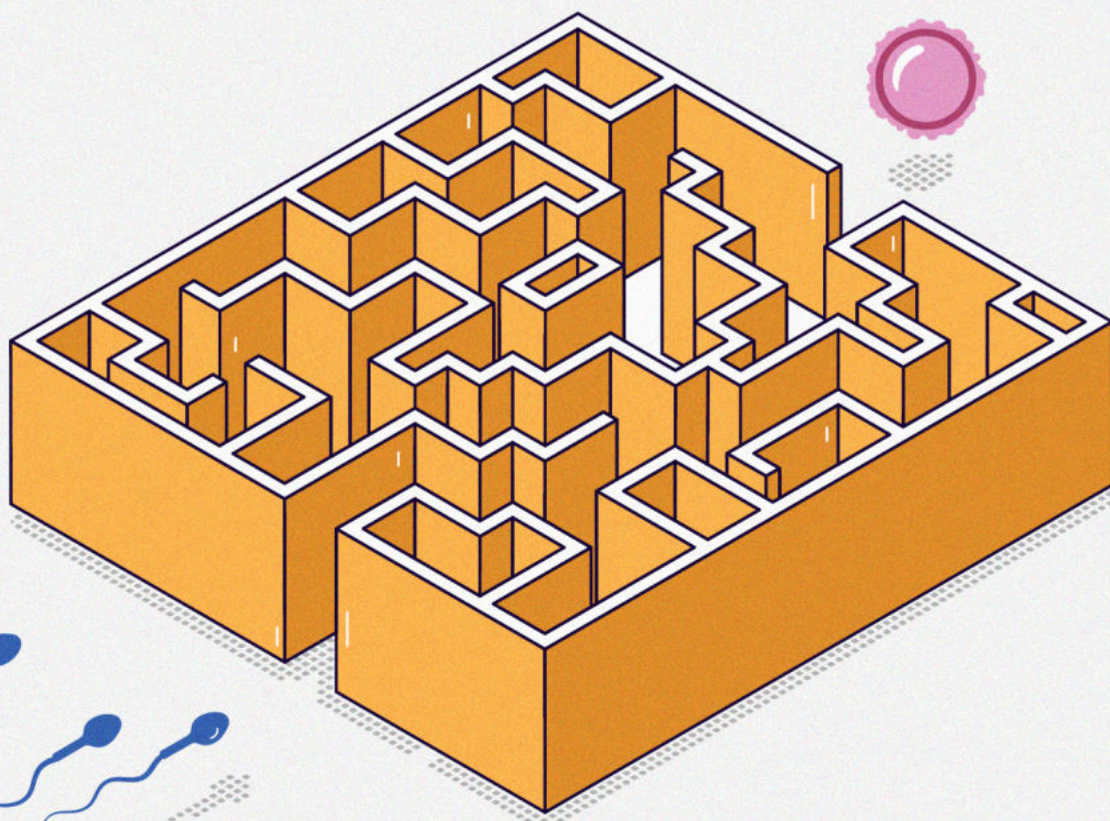


+ Fertilidade

magazine



ARTIGO

ROPA, o método da
Maternidade Partilhada

APOIO PSICOLÓGICO

Resiliência no amor: juntos
nos desafios da infertilidade

TESTEMUNHOS

O meu bebé foi o meu
plano A





Associação Portuguesa de
Fertilidade

Índice

04

EDITORIAL

E há mais, muito mais...

06

NOTÍCIAS

12

ARTIGOS

Perto de 80% dos pacientes de infertilidade precisa de apoio psicológico

ROPA, o método de maternidade partilhada

20

INVESTIGAÇÃO

Investigação deteta dados que podem ajudar a diagnosticar infertilidade masculina de origem desconhecida

24

ENTREVISTA

"A PMA é das poucas áreas da medicina que se encontra mais desenvolvida no setor privado"

28

APOIO PSICOLÓGICO

Resiliência no amor: juntos nos desafios da infertilidade

34

NUTRIÇÃO

Alimentar os genes para melhorar a fertilidade

36

TESTEMUNHOS

O meu bebé foi o meu plano A

Não desisti de mim

42

APF EXPLICA...

Vídeo e Podcast: "PMA: Quando a ciência traz esperança" e "A infertilidade e as emoções"

44

PROTOCOLOS

EDITORIAL

E há mais, muito mais...



Cláudia Vieira
Presidente da APFertilidade

Neste arranque de 2024, a APFertilidade não poderia estar mais entusiasmada pelo trabalho que tem preparado para aumentar e melhorar a ajuda e acompanhamento a todos os que estão neste caminho da fertilidade.

Temos preparadas iniciativas para ao longo do ano continuarmos a colocar esta comunidade em destaque e entre as prioridades da área da saúde. Desvendamos um pouco do que será anunciado nos próximos meses.

Voltamos a ter a newsletter, uma forma de informar e alertar concentrada através do email, que será enviada aos nossos associados e parceiros mensalmente. Ainda na linha da literacia, a APFertilidade vai concluir o projeto iniciado em 2023, com a publicação de uma versão atualizada do Guia da Fertilidade, um suporte destinado a quem quer saber mais sobre a (in)fertilidade, tenha ou não um diagnóstico confirmado.

Queremos ainda distinguir os jornalistas que deram corpo às histórias e acontecimentos em notícias e reportagens na imprensa, rádio e televisão e mantiveram este tema em destaque. De

destacar ainda o 18.º aniversário da APFertilidade, que se comemora a 20 de maio, com a realização de um evento especial que irá envolver associados, parceiros e profissionais ligados à medicina da reprodução.

Além destas e outras iniciativas que acreditamos serem importantes, a APFertilidade vai participar em ações externas, para levar a voz de quem precisa de ajuda dos profissionais de saúde e outras entidades que podem fazer alterações muito positivas nas suas vidas.

Aos que confiam e são a razão do nosso trabalho, pedimos que continuem a acreditar que deste lado se faz a diferença e que existe uma dedicação única, apenas possível com o vosso apoio, através das quotas, das mensagens de carinho, da disponibilidade em partilhar, do trabalho na área da reprodução medicamente assistida ou do desenvolvimento médico e científico.

Um enorme agradecimento a todos os que estiveram com a APFertilidade em 2023 e aos que permitiram dar as melhores notícias e oferecer ombro e abraços aos que ainda não conseguiram, mas cuja esperança e coragem não devem esmorecer, porque o seu dia pode estar muito perto.

Bom Ano, muitos positivos e esperança!

Gestação de Substituição regulamentada, mas versão final por conhecer

O Conselho de Ministros aprovou em novembro a regulamentação da Gestação de Substituição, cujo regime jurídico tinha entrado em vigor há dois anos, mas, até ao fecho desta edição, ainda não tinha sido publicado em Diário da República o decreto-lei com as condições em que a alternativa à maternidade irá funcionar.

Com o anúncio, a 16 de novembro, da regulamentação, esta terá de ser publicada no espaço de dois meses. Até aqui só têm vindo a público os pareceres de algumas entidades sobre as propostas de regulamentação que foram apresentadas pelo Governo, e no geral as apreciações feitas foram pouco positivas ou sugerem cuidados por atender.

No último parecer emitido pelo Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA), órgão que irá receber as candidaturas dos casais e anunciar a sua aprovação, foi considerado que a proposta do Ministério da Saúde “não acautela eficientemente o interesse das partes e o superior interesse da criança e não previne potenciais conflitos, nem regula os mesmos caso venham a ocorrer”. O CNPMA considerou que devem ser recuperadas “soluções que existiam no

anteprojeto de diploma regulamentar, em nome do superior interesse da criança, dos direitos das partes e da saúde da gestante”.

No documento, o Conselho alertou que não dispõe de uma estrutura que consiga “dar resposta ao que é exigido pelo projeto de decreto-lei” e que, nesse sentido, a aplicação da regulamentação só deveria “ser fixada quando forem conseguidas as condições mínimas para que este Conselho possa trabalhar um assunto tão sério como é a Gestação de Substituição”.

Também o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV), consultado pelo Governo quanto ao decreto-lei que se aguarda ser publicado, apontou falhas, nomeadamente a “necessidade de estabelecimento de um prazo razoável para o exercício do direito de arrependimento, por parte da gestante, quanto à entrega da criança aos beneficiários e progenitores biológicos”. O CNECV afirmou que é “eticamente censurável a demissão das obrigações do Estado de regular matérias que se relacionam com o Direito da Família”, ao prever direitos de visita à gestante da criança nascida e “direitos de personalidade, como a amamentação e o aleitar”.

Além do CNPMA, as entidades que ficarão envolvidas no processo são a Ordem dos Médicos e a Ordem dos Psicólogos, ainda que os seus pareceres não sejam vinculativos na decisão final sobre cada caso. Em setembro, a [Ordem dos Psicólogos pronunciou-se](#) sobre o papel que aqueles profissionais vão assumir nos casos de Gestação de Substituição, nomeadamente prevenir “impactos negativos para a saúde psicológica de todos/as os/as envolvidos/as”, gestante e casal beneficiário, e uma avaliação psicológica que “deve garantir que todas as partes se encontram devidamente esclarecidas e na posse das condições necessárias à celebração do contrato”.

“Os psicólogos poderão desempenhar o papel de moderadores se existir arrependimento da gestante”

Sublinhando que o processo pode interferir no bem-estar da criança, os psicólogos querem ainda “ajudar a garantir que o seu superior interesse é sempre respeitado, assegurando que

todos os intervenientes estão envolvidos no objetivo de proporcionar condições ao desenvolvimento saudável e seguro” do menor.

Miguel Ricou, presidente do Conselho de Especialidade de Psicologia Clínica e da Saúde da Ordem dos Psicólogos, acrescentou, em declarações à revista Sábado, que “os psicólogos poderão desempenhar o papel de moderadores se existir arrependimento” da gestante, no momento de entregar a criança ao casal beneficiário.

Os psicólogos alertam que a “vinculação que a mulher gestante estabelece com o bebé possa conduzir ao arrependimento, dificultando ou impossibilitando a finalização do processo”. Nesse sentido, defendem que haja uma “preparação psicológica prévia e a criação de mecanismos adaptativos” e ainda que a gestante seja uma mulher que já tenha sido mãe. Quanto ao casal, a Ordem diz ser importante ter um apoio personalizado. Depois de terem enfrentado “um caminho exigente e desafiante”, devido à “infertilidade, perdas ou desapontamento perante a impossibilidade de se tornarem mães e pais biológicos”, existe ainda a possibilidade de ao receberem o seu bebé “sentirem dificuldades no estabelecimento da relação de vinculação”.

Nasceu o primeiro bebé na Europa filho de casal de mulheres através de nova técnica de PMA

Não foi o primeiro caso de fertilização recíproca ou método ROPA na Europa, mas foi o primeiro a utilizar uma nova técnica de procriação medicamente assistida que permite que o desenvolvimento embrionário seja partilhado por duas mulheres. Chama-se INVOcell e através deste procedimento nasceu Derek, filho de um casal de mulheres, a 30 de outubro, em Maiorca, Espanha.

Azahara, de 27 anos, e Estefanía, de 30, foram acompanhadas no centro de fertilidade do Hospital Juaneda Miramar, onde ambas se submetem ao INVOcell. Numa situação de tratamento normal, o óvulo é fertilizado em laboratório com o espermatozóide e, após ocorrer o desenvolvimento embrionário, é feita a transferência do embrião para o útero da mulher que irá fazer a gestação. Existe ainda o método ROPA, onde o óvulo de uma das mulheres é utilizado no tratamento de fertilidade, mas o embrião é recebido e a gravidez é feita pelo outro elemento do casal.

No caso do INVOcell, as duas mulheres fazem parte do processo de desenvolvimento inicial daquele que será o seu bebé. Assim que são recolhidos os óvulos, estes são colocados junto a espermatozoides numa cápsula que é inserida no colo uterino de uma das mulheres e servirá como incubadora. O objetivo é que a fecundação e o desenvolvimento embrionário se realizem no útero de uma das futuras mães. Ao fim de cinco dias, a cápsula é retirada e o embrião gerado é transferido para o útero da mulher que irá suportar a gravidez.

Ao jornal "Diario de Mallorca", o biólogo e diretor do centro de fertilidade Juaneda, Felipe Gallego, explicou como acontece a aplicação do INVOcell, um sistema desenvolvido pela empresa norte-americana INVO Bioscience, que já recebeu o certificado europeu. "Extraímos os ovócitos da paciente n.º 1 e combinámos com espermatozoides que obtivemos em bancos de esperma de Sevilha e do País Basco", especificou o responsável. No passo seguinte a cápsula é colocada no útero da paciente, "onde permanece durante quatro dias até se tornar um embrião". Ao quinto dia é extraído o INVOcell e feita a transferência para a segunda mulher.

A técnica ainda não é usada em Portugal, com os casais de mulheres a poderem, no entanto, recorrer ao método ROPA para partilharem parte do processo que irá gerar o seu filho.



À venda na APFertilidade



Compre no nosso website!

São João quase duplica capacidade de resposta a pedidos de tratamentos

O Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ) conseguiu quase que duplicar a capacidade de resposta aos pedidos de ajuda à fertilidade no centro de Procriação Medicamente Assistida da unidade. A recuperação da lista de espera surge depois da criação, há cerca de cinco meses, do Centro de Responsabilidade Integrada (CRI) em Medicina de Reprodução, o primeiro a funcionar no país.

A diretora do CRI, Sónia Sousa, indicou à agência Lusa que atualmente aquele serviço tem cinco médicos, seis biólogos, três enfermeiros, dois administrativos e um assistente operacional. O trabalho conjunto da equipa conseguiu que os tratamentos de 1.ª linha (indução de ovulação e inseminação artificial) fossem feitos de imediato, enquanto os de 2.ª linha (FIV e ICSI) registaram uma diminuição do tempo de espera para cerca de metade, com 323 casos a aguardar resposta dos 680 que se registavam.

“Não temos lista de espera para indução da ovulação, para criopreservação da fertilidade e as inseminações intrauterinas. As transferências de embriões criopreservados estão dentro do normal. Estamos a fazer, em produção adicional, a FIV, os ciclos de microinjeção os PGT”, acrescentou a responsável.

O CHUSJ é a única unidade do país onde se realiza o Diagnóstico Genético Pré-Implantação (DGPI ou PGT), técnica que permite identificar embriões não portadores de anomalia, em casos de pessoas com história familiar de causa genética para morte precoce ou doença grave. A realização do PGT é um dos processos que sofre

igualmente atrasos consideráveis há vários anos. “No caso dos PGT, somos o único centro público a realizar esta técnica. Em 2022, realizamos 112 ciclos, mas, como recebemos pessoas de todo o país, este número fica aquém do necessário”, admitiu a responsável pelo CRI. De acordo com Sónia Sousa, com o CRI é esperado “duplicar a realização de ciclos mais críticos, conseguindo, assim, a curto prazo, diminuir consideravelmente os tempos de espera”.

Em relação ao tempo de consulta, que antes do CRI chegava aos oito meses, a diretora adiantou que, neste momento, os pacientes estão todos dentro dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos.

Apesar deste balanço positivo, a especialista em PMA admite que continuam a registar-se dificuldades a nível geral, principalmente quando é necessário recorrer à doação de gâmetas. “Há um problema que não conseguimos resolver que é o dos casais que têm de recorrer a dador porque é necessário pedir os gâmetas ao banco público e aí a lista de espera é à volta de três anos”, resumiu.

O número de dadores de óvulos e esperma é reduzido perante os casos de mulheres em projeto monoparental e casais de mulheres e heterossexuais que aguardam dâdivas para poderem avançar para tratamento num dos centros de PMA do Serviço Nacional de Saúde. Dados avançados recentemente pela diretora do Banco Público de Gâmetas revelaram que existem mais de mil casos a aguardar a disponibilidade de gâmetas para se avançar para tratamento.

APFertilidade disponibilizou Programa Baseado no Mindfulness para a Infertilidade a associadas

Pela primeira vez, a APFertilidade disponibilizou o Programa Baseado no Mindfulness para a Infertilidade (PBMI) a associadas, com o objetivo de ajudar a lidar com um diagnóstico de infertilidade e com as exigências de um tratamento a nível psicológico.

Entre 9 de outubro e 27 de novembro, sempre às segundas-feiras, doze mulheres reuniram-se online para, durante duas horas, aprenderem a colocar em prática competências de mindfulness, de aceitação, de gestão de stresse e obtenção de apoio por parte de outras pessoas que partilham a condição de infertilidade.

Sob a coordenação de Ana Galhardo, psicóloga clínica e coordenadora da rede de apoio psicológico da APFertilidade, o grupo teve contacto com o programa desenvolvido e estudado por uma equipa de investigadores da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universi-

dade de Coimbra ao longo de oito sessões.

O mindfulness é um treino mental que ensina a lidar com os pensamentos e emoções, a que se relacionem de uma forma diferente com a mente e se distinguem os pensamentos úteis dos pensamentos inúteis ou mesmo prejudiciais. Acima de tudo, envolve estar consciente, de um modo profundo e direto, do que está a acontecer, à medida que acontece, com uma atitude de aceitação.

Este ensino foi desenvolvido com o grupo com a partilha de experiências e de apoio entre as participantes, realização de exercícios e prática de mindfulness. O balanço feito pelas associadas sobre a iniciativa foi bastante positivo, sendo o objetivo da APFertilidade a realização de mais duas sessões em 2024. Para mais informações ou avançar para uma pré-inscrição enviar um email para geral@apfertilidade.org.



ARTIGOS

Perto de 80% dos pacientes de infertilidade precisa de apoio psicológico

Estima-se que na União Europeia existam 25 milhões de pessoas com problemas de fertilidade e que cerca de 17% da população mundial sofra desta doença. Para estas pessoas receber um diagnóstico, realizar o tratamento e aguardar pelo resultado pode levar a uma onda de emoções que não conseguem lidar sozinhas, tendo necessidade de apoio psicológico para enfrentar o processo. No entanto, a realidade é que esse apoio nem sempre é disponibilizado ou abordado pelos profissionais de saúde e os efeitos na saúde mental destes pacientes pode ser preocupante.

Esta é uma das principais conclusões alcançadas num [estudo divulgado, em novembro, pela Fertility Europe](#), organização que agrupa as associações europeias de fertilidade, e da qual a APFertilidade faz parte. Entre as 2.500 pessoas de vários países, incluindo Portugal, que responderam ao inquérito que integrou o estudo, 71,4%

disse nunca ter recebido apoio psicológico por parte dos centros ou clínica de fertilidade, enquanto 60,4% indicou que nenhum profissional de saúde abordou aspetos psicológicos durante o tratamento de fertilidade.

Segundo o relatório, revelado durante a Semana Europeia da Fertilidade, que na última edição se dedicou ao tema “Minds Matter: Capacitar Pacientes de Fertilidade com Apoio Psicológico”, ficou demonstrado que as recomendações feitas em 2015, num guia criado pela Sociedade Europeia de Reprodução Humana e Embriologia (ESHRE) para os profissionais da área da reprodução medicamente assistida, não foram integradas devidamente pelos centros. Por exemplo, 77,8% dos inquiridos admitiu que sentiu a necessidade de receber apoio psicológico, 48,8% que o sentiu nomeadamente durante o tratamento e 77,1% após este não ter sido bem-sucedido, fosse pelo insucesso da técnica, aborto ou falta de gâmetas.



Apenas 24,1% manifestou ao centro ou clínica onde foi acompanhado que precisava de ajuda especializada.

A Fertility Europe procurou saber o que impediu o acesso ao apoio e foram encontradas duas razões: falta de psicólogos, psiquiatras ou técnicos de aconselhamento; e custos extras com o pagamento das consultas. Sobre as razões específicas para os pacientes não terem pedido apoio por iniciativa própria, o que confessou 76% dos pacientes, 31,6% respondeu ainda que não sabia onde procurá-lo, 22,4% que esse apoio não estava disponível no centro ou clínica onde foram acompanhados e 22,8% que teriam de pagar as consultas, além dos custos do tratamento.

“Apenas 24,1% afirmou que precisava de ajuda especializada”

Conclui o relatório que “é evidente que existe uma elevada procura de apoio psicológico, mas a falta de acessibilidade aos cuidados psicológicos impede os pacientes de beneficiarem deste apoio”. “A lacuna entre as necessidades dos pacientes e o que a clínica oferece é uma questão

que os prestadores de cuidados de saúde, as clínicas e as organizações de apoio devem abordar urgentemente se quisermos ajudar os indivíduos e os casais a navegar pelos obstáculos emocionais das suas jornadas de fertilidade, promovendo a esperança e a resiliência ao longo do caminho”, sublinhou a Fertility Europe.

Ainda que existam centros e clínicas de fertilidade com psicólogos nas suas equipas multidisciplinares, os números reunidos pelo estudo europeu revelam insuficiência na capacidade de resposta ou ausência de informação que a ajuda à saúde mental existe. De uma forma resumida, o relatório concluiu que 8 em cada 10 pacientes precisaram de cuidados psicossociais durante o tratamento de fertilidade, mas apenas 2 em cada 10 tiveram acesso a esses cuidados, o que leva a considerar que entre 10% a 20% dos pacientes arriscam sofrer significativamente a nível emocional durante um processo de procriação medicamente assistida, sem que essas dificuldades sejam identificadas ou consideradas para

ARTIGOS

acompanhamento especializado. A organização europeia adiantou que do lado dos profissionais de saúde, apenas 30% assumiram estar aptos para o fazer.

Perante uma realidade em que quase 80% dos pacientes inquiridos sentiram a necessidade de apoio psicológico de profissionais de saúde mental ao longo da sua jornada de infertilidade, a Fertility Europe sublinha a importância de serem reforçadas medidas que contrariem o que ainda acontece atualmente.

“8 em cada 10 pacientes precisaram de cuidados psicossociais durante o tratamento”

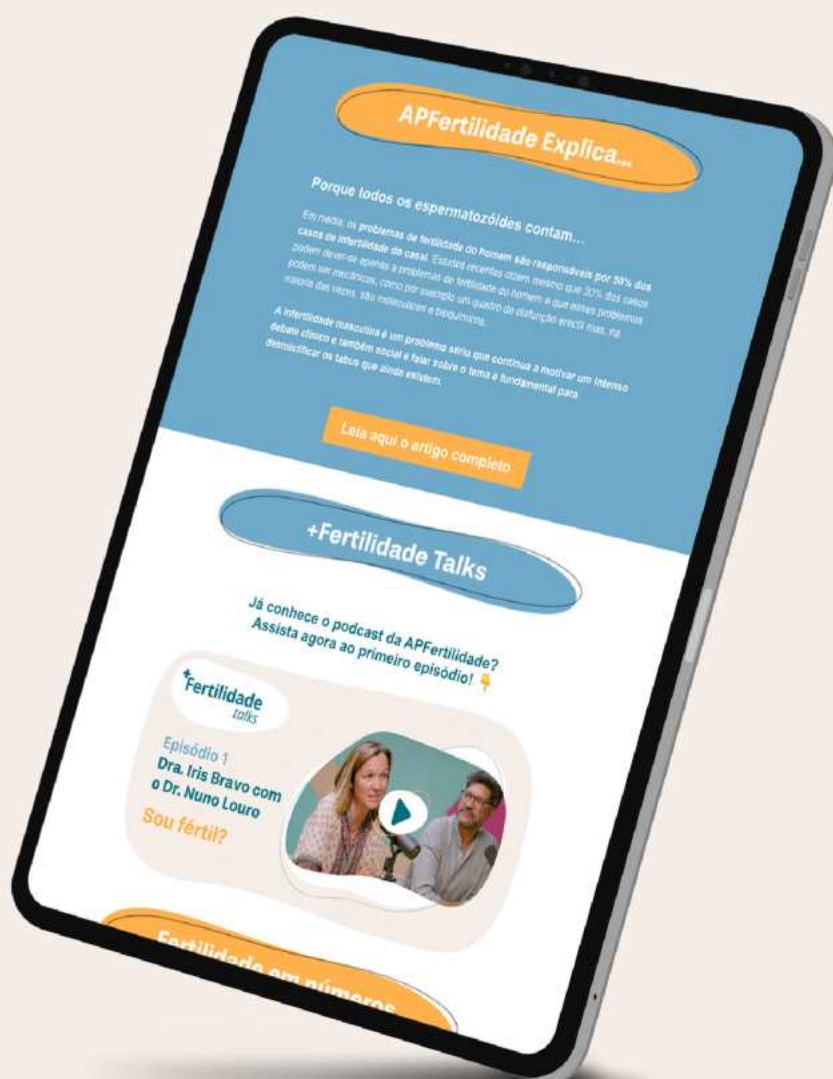
Para tal é necessário envolver os decisores políticos na criação de legislação que imponha a obrigatoriedade de existir apoio psicológico na luta contra a infertilidade e que, antes e durante os tratamentos, exista abertura dos profissionais para abordar os pacientes quanto às opções que existem para responder às suas fragilidades emocionais.

Em relação a estas necessidades e às conclusões do relatório europeu, a presidente da APFertilidade, Cláudia Vieira, considerou ser de “uma importância enorme que este caminho não seja feito de forma solitária e que, além da partilha de sentimentos entre o casal, um ou ambos tenham um dos apoios essenciais para que cada passo seja dado de uma forma cuidada e coordenada por psicólogos especializados”. Em Portugal, a legislação determina que “os centros autorizados a praticar PMA deverão assegurar o apoio de médico especialista em Psiquiatria ou de psicólogo clínico”. Ainda que estes profissionais integrem as equipas no Serviço Nacional de Saúde e no privado, no público o número destes especialistas está longe de responder às necessidades das mulheres, homens e casais que ali são acompanhados e dessa ajuda ser referenciada nas consultas de apoio à fertilidade.



A nossa newsletter está de volta!

Com um novo grafismo, entre artigos especializados, histórias, vídeos e algumas curiosidades, queremos dar ainda mais informação que ajude a esclarecer e a melhorar o conhecimento sobre o mundo da (in) fertilidade!



ARTIGOS

ROPA, o método de maternidade partilhada



Vladimiro Silva

**Diretor Científico da Ferticentro
e da Procriar**

De uma forma simples, o método ROPA é uma técnica usada pelos casais de mulheres, que dá a possibilidade a ambos os elementos do casal de participarem no processo de maternidade.

E como funciona? Uma das mulheres do casal é sujeita a um processo de estimulação ovárica, com injeções subcutâneas de hormonas gonadotrofinas durante cerca de 12 dias, sendo que nesse período são realizadas análises ao sangue (para controlar níveis de algumas hormonas) e ecografias (para medir o diâmetro dos folículos em desenvolvimento no interior do ovário). Quando os folículos atingem um tamanho suficientemente grande (habitualmente mais que 17 mm), desencadeamos a ovulação com um último medicamento e, 36 horas mais tarde, fazemos a punção folicular para recolha dos óvulos diretamente a partir dos ovários. Este é um processo rápido que, por norma, é realizado sob sedação (anestesia geral que dura cerca de 10-15 minutos) e no final do

qual, após um período de repouso na clínica, a mulher pode regressar a casa e fazer uma vida normal.

Os óvulos recolhidos são posteriormente fecundados em laboratório com os espermatozóides de um dador. Existem dadores de bancos de esperma portugueses, sendo igualmente possível importar dadores a partir de bancos de esperma estrangeiros. Os únicos critérios são:

1) que se tratem de dadores não anónimos (isto é, cuja identidade possa ser partilhada com as pessoas nascidas do tratamento a partir do momento em que estas atinjam a maioridade);

2) que não sejam partilhadas fotografias de adulto desses dadores;

3) que a importação seja feita a partir de um banco de esperma localizado na União Europeia.

Na escolha do dador é ainda possível fazer-se o teste de correspondência genética, de forma a diminuir o risco de a criança nascida ser portadora de uma doença genética. Atualmente trabalhamos com painéis de mais de 2200 genes recessivos!

Os óvulos fecundados dão origem a embriões e estes são depois cultivados em laboratório, até ao 5.º ou 6.º dia de desenvolvimento (até ao estado de blastocisto, em que o



ARTIGOS

embrião tem mais de 100 células). Esse processo de cultura embrionária deve ser feito com a tecnologia de vídeo time lapse e as imagens, idealmente, devem ser analisadas por inteligência artificial para ajudar a identificar os embriões com maior potencial de implantação.

A mulher que vai receber a transferência de embriões, por seu turno, deve iniciar a preparação uterina para poder engravidar. Este processo pode ser feito de forma sincronizada com a estimulação ovárica da companheira — e, nesse caso, os embriões são transferidos a fresco —, mas na maior parte das situações é feito de forma diferida, com os embriões a serem criopreservados (vitrificados) e a preparação do útero a ser realizada num outro momento.

“com 4 ovários e 2 úteros, as possibilidades de gravidez serão necessariamente superiores

Esta opção é frequentemente determinada por razões logísticas (dificuldade de sincronização de ciclos e de disponibilidade dos dois elementos do casal no momento certo), mas é também muitas vezes recomendada por motivos médicos, pois o benefício de otimizar a preparação uterina excede

os riscos do processamento laboratorial acrescido associados ao processo de congelação/descongelação (embora hoje em dia tenhamos taxas de sobrevivência embrionária superiores a 98%).

“Os embriões gerados neste tratamento pertencem sempre ao casal”

Por fim, resta dizer que a taxa de sucesso deste procedimento está muito mais associada à idade da mulher que faz a estimulação ovárica do que a qualquer outro fator, não sendo a idade da recetora tão determinante. Em Portugal, podemos fazer tratamentos de PMA até aos 49 anos e 364 dias, pelo que é esta a idade máxima para ambos os elementos do casal.

Num segundo tratamento, para ter um segundo filho ou porque a primeira tentativa falhou, é possível que os embriões restantes sejam transferidos para o outro elemento do casal. É esta a vantagem dos casais de mulheres sobre os restantes: com 4 ovários e 2 úteros, as possibilidades de gravidez serão necessariamente superiores!



Independentemente de quem originou os ovócitos ou quem tentou engravidar, os embriões gerados neste tratamento pertencem sempre ao casal, tendo ambos os elementos deste exatamente os mesmos direitos sobre estes. Isto faz com que o método ROPA seja, de facto, um projeto conjunto e de grande responsabilidade para ambos os elementos do casal.

O mais importante é salientar que a maternidade partilhada é, sobretudo, um ato de amor e de partilha no fantástico processo de formação de uma família e é algo que cada vez mais faz parte da realidade das clínicas de PMA e dos casais de mulheres com os quais lidamos todos os dias.

INVESTIGAÇÃO

Investigação deteta dados que podem ajudar a diagnosticar infertilidade masculina de origem desconhecida

As causas para a infertilidade podem ter origem na mulher, no homem, em ambos, ou serem desconhecidas, falando-se neste caso de infertilidade inexplicada. Uma equipa de investigadores da Universidade de Coimbra dedicou-se à análise da infertilidade masculina de origem desconhecida e conseguiu chegar a dados moleculares e metabólicos que habitualmente não são alvo de avaliação, mas que podem ajudar a chegar a um melhor diagnóstico e resultado nos tratamentos de fertilidade.

“Apesar de se conhecerem já várias causas para a infertilidade masculina, em cerca de 30% a 40% dos casos não é possível identificá-la. Neste caso, estamos perante a infertilidade masculina de origem desconhecida que inclui os tipos idiopático e inexplicado, que diferem essencialmente na análise seminal, que é anormal no primeiro caso”. A explicação dada à +Fertilidade Magazine por Sandra Amaral, do Grupo de Investigação

em Biologia da Reprodução e Células Estaminais do Centro de Neurociências e Biologia Celular da Universidade de Coimbra, foi o ponto de partida para o trabalho desenvolvido e recentemente divulgado na [revista “Biomolecules”](#).

A investigadora detalha que o diagnóstico de infertilidade é feito com base numa avaliação que inclui historial clínico, análise hormonal, exame físico e ecográfico e uma análise seminal, o “ pilar ” deste processo. “Esta análise seminal, apesar de estar implementada nos laboratórios de Andrologia por todo o mundo, de ser rápida e barata, apresenta, no entanto, algumas limitações. De facto, apesar de ser determinante para o diagnóstico, em muitos casos não prediz a causa exata da infertilidade e probabilidade de engravidar. Isto significa que pode haver indivíduos em que esta análise seminal se encontra alterada, mas conseguem ser pais, da mesma forma que pode haver indivíduos com esta análise completamente normal, que não



o conseguem”. Sandra Amaral resume que “isso acontece, muito provavelmente, porque o espermatozóide tem muitas outras características e funções que não são avaliadas rotineiramente”.

No estudo foi isso que acabou por ser feito. Com amostras de esperma de mais de 1.400 homens, entre indivíduos sem problemas de fertilidade e outros com diagnóstico de infertilidade de origem desconhecida, foram identificados parâmetros funcionais dos espermatozoides que se encontravam afetados, nomeadamente a integridade do seu ADN (material genético a ser transmitido), o processo de capacitação (que confere ao gâmeta capacidade de fertilizar) e a função mitocondrial (relacionada com a mitocôndria, um organelo celular envolvido em inúmeras funções, como, por exemplo, a produção de energia).

Além destes aspetos, a equipa conseguiu identificar seis proteínas alteradas de forma distinta nos homens inférteis e que estão envolvidas em processos metabólicos, oxidativos e no próprio processo de fertilização.

Com base nos dados moleculares e metabólicos identificados, os investigadores consideraram que todos podem interferir na capacidade de fertilização do gâmeta masculino. “No nosso laboratório temos estudado, em vários contextos, algumas dessas funções e temos visto que estão relacionadas, não só com a funcionalidade do espermatozóide, mas também com a sua capacidade de fertilizar”, indica a responsável. A equipa da Universidade de Coimbra considera que “as alterações no ADN poderão impactar a qualidade do material genético a ser transmitido à descendência e ou comprometendo a evolução de um zigoto após fertilização, por exemplo”. “Além disso, o facto de as células destes indivíduos estarem menos capacitadas, dá-nos indicação de

INVESTIGAÇÃO

que as células não terão a competência necessária para fertilizar. Por outro lado, a alteração da função mitocondrial, que já noutros contextos demonstrámos estar diretamente correlacionada com a do espermatozóide, vem dar-nos evidências extra sobre a importância do bom funcionamento deste organelo para o gâmeta masculino, nomeadamente para a obtenção de energia que utiliza, por exemplo, para se mexer, mas também mantendo um ambiente com níveis fisiológicos de espécies reativas de oxigénio, que noutras circunstâncias podem acumular e contribuir para uma situação de stress oxidativo, altamente nefasta para os espermatozóides”.

“O espermatozóide tem muitas outras características e funções que não são avaliadas rotineiramente”

Questionada sobre a razão destes testes não fazerem parte dos procedimentos habituais em laboratório, Sandra Amaral responde que há “falta de critérios para definir quando se devem fazer”, dado representarem um maior peso financeiro, e de “valores limite e universais para cada um dos testes, que permitissem que fossem aplicados rotineiramente em todas as clínicas e laboratórios de Andrologia”. “Não são testes necessariamente secundários, mas não estão ainda devidamente im-

plementados. O nosso trabalho tem sido mostrar o seu valor para que essa validação possa ocorrer num futuro próximo”, reforça a investigadora.

Com o objetivo de que as análises realizadas no âmbito do estudo possam vir a ser adotadas no plano de diagnóstico habitual em casos suspeitos de infertilidade, falta ainda validar de que forma será possível. “Idealmente, gostaríamos de definir um ou mais biomarcadores que pudessem ser usados no diagnóstico específico deste tipo de infertilidade. Para isso teríamos de assegurar que só existem neste tipo de pacientes inférteis e não noutros tipos de infertilidade. Só depois poderemos pensar na inclusão das nossas descobertas em termos de diagnóstico”, esclarece a responsável à +Fertilidade Magazine.

A investigação foi financiada pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia e envolveu o trabalho de equipas da Faculdade de Ciências e Tecnologia, Faculdade de Medicina e Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, da Universidade de Coimbra, tendo sido desenvolvida em colaboração com o Serviço de Medicina da Reprodução do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.



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*

Marque já a sua consulta, através do
e-mail geral@apfertilidade.org



ENTREVISTA

“A PMA é das poucas áreas da medicina que se encontra mais desenvolvida no setor privado”

O apoio à fertilidade através do Serviço Nacional de Saúde (SNS) funciona com as dificuldades que são conhecidas, mas nem sempre de forma atempada e eficaz. Quando a porta ali se fecha de forma definitiva, por decisão médica ou devido às limitações impostas pelo Ministério da Saúde, a alternativa, ainda que haja o peso financeiro, é recorrer à ajuda no privado. Nas clínicas do setor, o tempo de espera, a idade e as dadas de gâmetas estão longe dos anos que caracterizam o SNS e são as únicas diferenças para quem ali chega com o desejo de ter um filho. Marta Osório dirige uma dessas clínicas, a Ginemed no Porto, e, em entrevista à +Fertilidade Magazine, sublinha a excelência do público, mas reconhece que a eficiência e o tempo não são problemas habituais numa clínica privada.



+Fertilidade Magazine: A capacidade de resposta do Serviço Nacional de Saúde na área da fertilidade continua a ser insuficiente, com listas de espera para tratamentos que podem atingir os três anos. Considera que a procriação medicamente assistida encontra nas clínicas privadas a resposta que possivelmente continuará a falhar no sistema público?

Marta Osório: Sem dúvida. Neste momento, os centros públicos de PMA têm listas de espera para tratamentos de fertilização in vitro com óvulos e espermatozóides próprios de cerca de 1 ano, 1 ano e meio, ou até mais, dependendo do centro. Para tratamentos com necessidade de recurso a doação de gâmetas, a lista chega aos 3 anos, 3 anos e meio. Felizmente, as clínicas privadas con-

seguem ajudar esses casais ou mulheres solteiras, de forma praticamente imediata, sem listas de espera. Reconhecemos que isso é importante, pois sabemos bem como o sofrimento e angústia aumentam, de forma exponencial, cada mês que passa sem uma gravidez. Ao mesmo tempo, quanto mais cedo for feito o tratamento, maior a probabilidade de sucesso.

ENTREVISTA

+Fertilidade Magazine: Na Ginemed, são acompanhados muitos casais chegados do SNS ou que não chegaram a ter acesso a essa ajuda? Que tipo de quadros clínicos apresentam e que experiência partilham em consulta?

Marta Osório: Sim, na Ginemed acompanhamos alguns casais que estão em lista de espera para tratamentos no SNS, outros que tiveram alta do SNS por terem atingido o número máximo de ciclos permitidos ou a idade limite para tratamentos e ainda outros que perceberam que o SNS não tem os meios necessários para tratar o seu caso. São habitualmente casos difíceis, casais sofridos, cansados, que já passaram por vários tratamentos e não engravidaram, mas mantêm a esperança de conseguir ter um filho. São, muitas vezes, casos de falhas de implantação, abortos de repetição a que o SNS não conseguiu dar solução. A procriação medicamente assistida é uma das poucas áreas da medicina que se encontra mais desenvolvida no setor privado que no público. Clínicas privadas, como a Ginemed, dispõem de tecnologia de ponta que permite realizar alguns tratamentos que o serviço público não tem capacidade para oferecer.

+Fertilidade Magazine: Em que medida um acompanhamento numa clínica privada difere do realizado num dos centros de PMA do SNS, tendo em conta as dificuldades no público?

Marta Osório: Numa clínica privada, o acompanhamento é mais personalizado e mais próximo do doente. Na Ginemed há uma equipa contactável 24h por dia, 7 dias por semana. Todos os doentes têm à disposição o número de telemóvel da enfermeira que está ao serviço e o e-mail do médico que os acompanha. Nos centros públicos de PMA que conheço, o tratamento é igualmente muito humanizado. As equipas são fantásticas e fazem o melhor que podem dentro dos recursos que têm. Os doentes são muito acarinhados e muito bem orientados. No entanto, não é possível esta disponibilidade permanente, este contacto tão próximo. O tempo para cada consulta é reduzido não sendo possível, muitas vezes, dar toda a atenção e estar disponível para ouvir e sentir as suas angústias e os seus receios.

Na clínica privada, é o casal ou mulher que escolhe o seu médico. Esse médico, habitualmente, acompanha todo o processo desde o estudo, à estimulação ovárica, punção folicular e transferência embrionária. O acompanhamento sempre pelo mesmo médico dá-lhes mais tranquilidade e confiança, tornando o processo mais fácil de lidar.

+Fertilidade Magazine: Quantos tratamentos são realizados anualmente na clínica e em quantos foi necessário recorrer à doação de gâmetas? Existe um tempo de espera médio para estes casos?

Marta Osório: Como sabem, a Ginemed chegou ao Porto há menos de um ano. Somos uma equipa experiente, que trabalha há muitos anos nesta área, mas muitos ainda não conhecem o nosso trabalho. Estamos a crescer e já contamos com mais de 200 tratamentos, desde que abrimos. Cerca de 15% foram com recurso a doação de gâmetas. Temos, desde início, uma equipa a trabalhar no banco de gâmetas e, felizmente, não temos lista de espera para casais ou mulheres solteiras que necessitem de recorrer a gâmetas doados.

+Fertilidade Magazine: A nível nacional, que passos considera ser necessário ainda dar na área da PMA?

Marta Osório: Em relação à qualidade da medicina que se pratica na área da PMA em Portugal, estamos muito bem. Quer os centros públicos, quer privados têm excelentes profissionais e boas condições de funcionamento. O Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida acompanha a atividade de todos os centros de PMA e garante a qualidade e segurança de todos os tratamentos que aí decorrem. A melhorar em Portugal, a nível dos centros públicos, a redução dos tempos de espera, sobretudo para receção de gâmetas doados e para teste genético pré-implantação. No setor privado, penso que estamos bem. Temos bons centros de PMA, bem equipados, com capacidade para fazer todos os tratamentos, com taxas de sucesso semelhantes às dos melhores centros de PMA do mundo.



APOIO PSICOLÓGICO

Resiliência no amor: juntos nos desafios da infertilidade



Natália Maria Oliveira
Psicóloga Clínica e da Saúde

Ter um(a) filho(a) é um projeto de vida muito importante no ciclo de vida de um casal. Um sonho fértil que se constrói a partir de uma ligação emocional e física que se fortalece ao longo do tempo, caracterizado geralmente por laços de união e diálogo, partilhas e aspirações.

Quando existe um diagnóstico de infertilidade no percurso da vida conjugal, num momento em que todas as energias, pensamentos, sentimen-

tos e motivações estão centradas num projeto idealizado a dois, constitui-se um cenário marcado pelo sofrimento psicológico e social, colocando a relação amorosa sob uma forte tensão. Há uma necessidade premente de gestão de um conjunto de perdas significativas: um corpo que se considerava funcional, um bebé idealizado, um sonho individual, um projeto a dois, um futuro imaginado...

São compreensíveis os efeitos emocionais como a ansiedade, a zanga, o sofrimento, a depressão, a frustração, a culpa e a procura incessante de respostas na tentativa de tranquilizar a mente com a identificação de uma causalidade para a situação detetada.

A vivência da infertilidade varia de pessoa para pessoa, sendo condicionada por múltiplos fatores como o sexo, a idade, a cultura, a religião, a história pessoal e familiar e a importância individual atribuída ao(à) tão desejado(a) filho(a).

Nenhuma pessoa tem de, obrigatoriamente, ser mãe ou pai e nunca deixará de ter o seu valor se não o for. O que acontece com alguma frequência é que quando existe uma motivação intrínseca para concretizar este desejo de ser

pai ou mãe e perante um cenário de infertilidade, as pessoas ficam arrasadas, ficam sem chão, sentem-se à deriva na tentativa de gestão de um turbilhão de emoções que mais se assemelha a uma montanha-russa. Sentem-se diminuídas no seu valor, na sua autoestima e autoconceito, enredadas em sentimentos de inferioridade e culpabilização, marcados pela ausência de controlo e incertezas sobre a sua vida, o que acaba por ter um impacto menos positivo na relação conjugal – na interação, na comunicação, na satisfação das necessidades sexuais e emocionais –, trazendo para o contexto do casal fortes desafios, que exigem uma (re)solução em equipa.

A percepção da culpa em relação à infertilidade pode ser experienciada de diferentes formas por cada elemento do casal, pondo à prova a sua resiliência individual e as bases da ligação conjugal. Em consulta de apoio psicológico a mulheres com diagnóstico de infertilidade, como se culpabilizam elas quando o problema de fertilidade é identificado como seu e não do seu companheiro?

Tendo em conta a experiência profissional na área em apreço, com frequência, os aspetos que mais sobressaem nos seus discursos de culpabilização são questões associadas à incapacidade para gerar um(a) filho(a), a um corpo que não funciona bem e a uma falha na resposta a uma expectativa social — de ter de ser mãe após o casamento, de conceber uma gravidez. Coexiste a sensação de uma real falta de controlo sobre as suas vidas, uma desilusão inaceitável de um sonho que foi demasiado tempo adiado e que, por vezes, por força da idade, contribui para uma pressão ainda maior, tendo em conta o aproximar do limite temporal em que lhes é possível engravidar, reforçando o sentimento menos positivo de responsabilização pela situação em que o casal se encontra.

Relatos de mulheres inférteis incluem ainda a referência aos(as) filhos(as) como necessários para a felicidade ou manutenção do casamento, mas também a sentimentos de profunda tristeza, frustração e solidão, que indicam a necessidade



APOIO PSICOLÓGICO

“É crucial que os casais afetados pela infertilidade trabalhem em equipa, numa aliança ”

de um(a) filho(a) para não ficarem sozinhas. Sentem-se incompletas.

Quando um casal enfrenta o desafio de identificar a causa da infertilidade e esta aparece associada ao homem, é comum que ele vivencie uma gama de emoções, incluindo a culpa, o constrangimento e, frequentemente, a vergonha. A expressão verbal desses sentimentos pelos homens tende a ser mais contida em comparação com as mulheres, mas está intimamente ligada a pressões sociais e culturais. Existe uma forte expectativa, tanto no âmbito familiar quanto social, para que correspondam às normas de procriação, o que os leva a sentirem-se vulneráveis, culpados e envergonhados diante do diagnóstico de infertilidade.

No que respeita às expectativas individuais, é notória uma grande exigência interna sobre a sua capacidade para terem filhos biológicos, entendendo-se este aspeto como um ciclo natural das suas vidas e sobre o qual perderam completamente o controlo. De uma forma geral, sentem-se muito inseguros, altamente tensos, enraivecidos, desconfortáveis e tristes, nalguns casos, por não conseguirem corresponder a essas mesmas expectativas. Latente aparece o impacto do papel tradicional de género: a associação da masculinidade dos homens aparece muitas vezes nos seus

discursos relacionada com a fertilidade, com a capacidade de ter filhos, de assegurar a continuidade genética. Quando aparecem os mencionados diagnósticos clínicos, há um impacto negativo da sua autoestima e na sua virilidade. São também identificados sentimentos característicos do processo de luto, notando-se por vezes a necessidade de se isolarem na sua dor, o que acaba por fragilizar ainda mais a união, comunicação, proximidade e intimidade do casal.

O embaraço e dificuldade na aceitação da condição clínica são verbalizados tanto no discurso das mulheres como no dos homens, levando a um secretismo, a uma ocultação deste facto para com os familiares e amigos, o que aliado a alguns sentimentos menos positivos associados ao contacto com outras pessoas que tenham filhos(as), que estejam grávidas ou a pensar engravidar, acaba por limitar bastante as suas interações sociais. Este isolamento social, que até pode funcionar como um mecanismo de defesa, de autoproteção contra apreciações críticas, comentários ou conselhos não solicitados, contra sentimentos de piedade, têm implicações negativas sobre o casal. Contudo, é este mesmo segredo que também impede o casal de receber apoio daqueles que lhe estão próximos, e que poderia constituir uma preciosa ajuda para lidarem com o problema.

É imprescindível que qualquer tentativa de atribuição de culpa seja evitada durante todo o processo, pois ela é destruidora. É crucial que os casais afetados pela infertilidade trabalhem em equipa, numa aliança, para superar os sentimentos de culpa e se apoiem um ao outro durante o processo, no sentido da (re)construção de uma vida conjugal estável e gratificante. Perante uma experiência que gera alguma angústia, desconforto e tristeza, cada um dos membros do casal e o casal, em conjunto, podem adotar um conjunto de estratégias que lhes permita lidar com este fator de stress de forma a minimizar estes sentimentos de dor e sofrimento.

Não existem estratégias melhores ou piores, adequadas ou desadequadas, pois isso depende do significado que cada pessoa atribui à situação em si e está associada aos recursos internos de que dispõe, tendo ainda em conta o seu contexto e a situação em que se encontra. Existe um conjunto de competências que podem ser desenvolvidas no sentido de ajudar as pessoas e o casal a recuperar o controlo sobre as suas vidas e a ten-

tar o reequilíbrio das alterações experimentadas na sua vida pessoal, conjugal, social e relacional.

Quando um casal enfrenta o desafio da infertilidade, é comum que cada elemento do casal se sinta culpado por não ser capaz de conceber um filho. Face a esta realidade, torna-se imprescindível considerar o diagnóstico como um problema do casal, independentemente do fator que o causa ser masculino ou feminino, estimulando a participação e o envolvimento de ambos na solução, promovendo o alívio do sentimento de culpa e estimulando a união do casal.

Para evitar que a relação conjugal seja prejudicada, deixamos ainda a sugestão de algumas ferramentas e abordagens que podem ser úteis:

Uma comunicação regular, aberta, honesta e assertiva é fundamental para o reforço da união entre o casal, permitindo um espaço de encontro e apoio mútuos no alívio de sentimentos mais dolorosos. Esta estratégia facilita o entendimento das preocupações e sentimentos, dificuldades e ideias de cada um dos elementos do casal, podendo-se encontrar um ponto de ligação



APOIO PSICOLÓGICO



para a identificação de soluções, de estratégias de atuação, alimentando-se simultaneamente os egos fragilizados, que sairão reforçados desta proximidade, fortalecendo a intimidade e os laços afetivos do casal.

Reformular as perspectivas. Neste contexto, será importante reconhecer que a infertilidade não é necessariamente culpa de uma pessoa específica. É uma condição médica complexa, causada por diversos fatores. Focar as soluções, a procura de apoio, ao invés da auto culpabilização ou culpabilização do(a) parceiro(a) trará uma margem de manobra mais ampla. Manter uma

visão positiva sobre a realidade ajudará a gerar sentimentos menos angustiados e a focar os pensamentos nas soluções.

Procurar apoio profissional/especializado. O recurso a um apoio técnico especializado na área da saúde mental pode ser muito valioso para ajudar a lidar com os sentimentos de culpa e apoiar o fortalecimento da relação. Através de informações técnicas associadas ao diagnóstico de infertilidade e de estratégias específicas, os profissionais de saúde poderão capacitar e empoderar o casal para lidar com o diagnóstico e auxiliar na busca de saídas para as dificuldades identificadas.

Integrar grupos de apoio. Participar em grupos de apoio com outros casais que também enfrentam o mesmo desafio pode ser uma estratégia eficaz na redução da sensação de isolamento, tristeza, angústia e culpa. Escutar histórias semelhantes e partilhar experiências e sentimentos com pessoas que passam pela mesma situação pode proporcionar um apoio emocional muito valioso.

Praticar o autocuidado. Durante um período de maior vulnerabilidade é extremamente importante cuidar de si mesmo. Isto inclui cuidar da sua saúde física, emocional e mental. Praticar exercícios físicos com regularidade, manter uma boa higiene do sono, adotar práticas de relaxamento, descobrir hobbies e interesses que proporcionem sentimentos de prazer e bem-estar ajudará a aliviar o stress e a carga emocional.

Manter a empatia, recordando que o(a) seu(sua) parceiro(a) também está a passar um momento muito difícil. Tentar colocar-se no lugar do outro e entender as suas emoções ajudará a evitar a culpa excessiva e a criar um ambiente de compreensão e apoio mútuo. Empatizar com as emoções e normalizar a elaboração do luto, explorar sentimentos de perda e promover sentimentos de aceitação e autocompaixão são estratégias fundamentais ao nível da intervenção.

Assim, ao enfrentar estes desafios, a resiliência no amor deve emergir como a luz que guia os casais, fortalecendo a união e proporcionando esperança na superação conjunta desses momentos difíceis.

Autora escreve sem Acordo Ortográfico

NUTRIÇÃO

Alimentar os genes para melhorar a fertilidade



Joana Pinheiro
Especialista em Nutrição Clínica,
Funcional e Nutrigenética

Seja se começou a tentar engravidar ou se está com dificuldades em engravidar, pode questionar como poderá comer para a sua genética. Existe uma área fascinante chamada de Nutrigenómica que olha para os seus genes e analisa como podem ser mais ou menos afetados pelos alimentos, em função da sua genética.

Quando se otimiza a fertilidade do ponto de vista da nutrição, existem diversos fatores a ter em consideração na história clínica, quer de homens, quer de mulheres, nomeadamente a importância de equilibrar hormonas e ciclo menstrual ou suportar a qualidade de um óvulo ou esperma...

A Nutrigenómica é uma área onde se analisa como os nutrientes interferem com a expressão genética. Já a Nutrigenética é definida pela interação entre variações genéticas e a ingestão nutricional e como estes aspetos interferem em termos de saúde.

Os alimentos são literalmente informação para os genes. Se tiver carências nutricionais, sejam provenientes de uma alimentação inferior à ótima e/ou causada pela genética, a sua fertilidade pode estar reduzida.

Com falta de nutrientes, nas proporções inadequadas, a nossa bioquímica não vai estar equilibrada, causando por exemplo inflamação e falta de energia a nível celular. Nestes casos, é provável que o corpo fique em estado de alerta, levando a que não seja seguro, nem seja altura ideal para conceber.

Os genes dão instruções (codificam) proteínas para crescer, para regular e manter a saúde e incluem enzimas, transportadores e recetores. Quando existe uma variação de um gene pode haver uma alteração da função celular ou de uma proteína. Sabendo de antemão essa informação preciosa, em função do meio ambiente, do estilo de vida e da alimentação, podemos otimizar o funcionamento daquele polimorfismo genético. Afinal, sabemos que os nutrientes e o meio ambiente também influenciam a expressão genética. Atualmente é possível pedir painéis de Nutrigenética e Nutrigenómica específicos e relacionados com a fertilidade e gestação. Estes testes são muito úteis na prática pois permitem ir ao detalhe.

A Nutrigenética e Nutrigenómica afetam a fertilidade, porque é necessário um ótimo estado nutricional para suportar os desafios e o maior

gasto de energia que é conceber. Esta é uma das razões por que algumas pessoas precisam de maior ou menor quantidade de nutrientes que outras, apesar de poderem ter a mesma idade, fazer a mesma alimentação, atividade... Com estes testes de ADN, onde existe uma análise de diversos genes que interagem entre si, pode-se identificar quais os genes que precisam de ser otimizados e como o fazer.

Em suma, esta área pode ajudar a identificar causas para os desafios da fertilidade, quando associado a toda a história clínica do casal. Dessa forma, pode propor estratégias individuais e personalizadas para melhorar os resultados de Procriações Medicamente Assistidas (PMAs) ou suportar casais a evitar as mesmas.



TESTEMUNHOS

O meu bebé foi o meu plano A



Sou a Marisa Palma e tenho 44 anos. O meu bebé estava no meu caminho desde que nasci, acredito nisso, e foi ele que me escolheu. Só demorou mais tempo, mas foi um caminho lindo até nos encontrarmos.

Tudo começou quando tive de fazer um aborto, quase obrigada, por um namorado. Tinha eu 36 anos. Nesse dia, comecei a pensar no que podia fazer para ser mãe sem ter de depender da vontade de alguém. Um pouco com medo da sociedade e da família, não disse a ninguém e comecei a pesquisar sozinha e em silêncio opções, e cheguei até a Cryos (banco internacional de esperma e óvulos), mas não fiz nada, só mesmo a pesquisa.

Como em Portugal ainda não era permitido fazer procriação medicamente assistida, fui deixando andar, até que a lei foi aprovada em Portugal. Pedi logo ajuda ao meu médico de família para me ajudar, mas no hospital público iria demorar imenso devido à falta de dadores. Foram 3 anos de espera sem resultado nenhum. Ainda hoje estou à espera. Foi então que decidi ir ao privado e foi como uma luz ao fundo do túnel.

Quando falei com o médico, disse que já conhecia a Cryos e foi-me permitido escolher o dador. Juntei dinheiro e começámos os tratamentos. Fizemos duas inseminações intrauterinas que não deram resultado e fiquei de rastos. Mas não perdi a esperança, ponderei e pensei: "tem

que ser uma FIV", mas estava desempregada. Todo este processo tinha culminado com a mudança de cidade e o deixar o emprego a meio de uma pandemia.

Entretanto, os meus amigos disseram que queriam ajudar-me e fiz um crowdfound, onde recebi tanto amor que, no terceiro tratamento de FIV, o José Maria foi concebido.

Aos 42 anos nasceu o meu grande amor, José Maria. Este bebé foi o meu plano A, mudei de cidade, de emprego, tudo, para lhe dar uma vida melhor, com muito amor e perto da família e amigos de uma vida. Tenho o apoio total da minha família e da sociedade onde vivo.

Obrigada por fazerem as mulheres como eu terem voz. A nossa sociedade precisa dar voz e amor a estas famílias. O José Maria foi o meu plano A de AMOR e é muito feliz!

Marisa Palma



TESTEMUNHOS

Não desisti de mim



“Patrícia, já és mulher?”. Ano após ano, sempre que mo perguntavam, respondia, constrangida: “Ainda não”. Até que, a três meses de completar 15 anos, chegou finalmente a menarca, imponente e impiedosa. Tornei-me mulher, à luz da sociedade da primeira metade dos anos 90. A menstruação veio e não voltou.

Quando andei de consultório em consultório, em busca da causa da amenorreia, fui diagnosticada com Síndrome de Ovários Poliquísticos (SOP) e hipotiroidismo. Digamos que o meu corpo é uma excelente máquina contraceptiva. Não foi um período pautado por sensibilidade na forma de falar por parte dos profissionais de saúde que me acompanharam. Ouvi comentários que classifico como infelizes e desnecessários, como que quando casasse a menstruação começava a ser regular ou com os níveis elevados de testos-

terona que eu apresentava poderia estar a transformar-me num homenzinho. Havia necessidade? Não passava de uma miúda com uma disfunção hormonal da qual não tinha qualquer culpa.

Vou celebrar daqui a nada 44 anos e, desde então, tenho apenas ciclos artificiais, induzidos por via medicamentosa. Com 15 anos, fui então alertada para o facto de que, se um dia quisesse engravidar, iria necessitar de recorrer à Procriação Medicamente Assistida (PMA). É daquelas coisas que toda a gente espera ouvir nessa idade, certo? Errado! Só queria ser uma adolescente “normal”.

Assim começou a história que me conduziu ao submundo da infertilidade, 17 anos depois.

Fui, desde o início, transparente com o meu marido acerca da possível dificuldade que iríamos ter, caso entendêssemos que faria sentido

termos filhos biológicos em conjunto. Quando esse dia chegou, tratei logo de pedir apoio médico especializado. A minha prontidão foi atrasada 7 meses com uma falha administrativa no encaminhamento, que não chegou a ser realizado, assim que o pedi. Ia fazer 32 anos e o longo percurso que desenhámos desde então estendeu-se nos 8 anos e 8 meses seguintes, com direito a outro encaminhamento mal elaborado.

“...tomei milhares de comprimidos, administrei mais de uma centena de injeções, passei mais de 100 manhãs no hospital...”

Gosto de números e, fazendo contas a tudo o que vivi nesse período, a magnitude que o envolve faz-me pensar, muitas vezes, como é que aguentei tanto. Juro que não estou a exagerar quando digo que tomei milhares de comprimidos, administrei mais de uma centena de injeções, passei mais de 100 manhãs no hospital, tive

6 tratamentos cancelados, síndrome de hiperestimulação ovárica três vezes, aspiraram-me 69 folículos, foram criopreservados 18 embriões, 14 dos quais transferidos em 9 momentos distintos, engravidei 4 vezes e, para fechar o resultado, não fomos pais.

Antes que questionem se não tentámos encontrar respostas ou experimentei diferentes táticas, é claro que sim! Acho que não é nenhuma barbaridade dizer que deve ser natural procurarmos casos idênticos ao nosso, mas, infelizmente, não encontrei ninguém. Li uma infinidade de estudos, teses, artigos em busca de esperança. Realizei vários exames que não me trouxeram respostas, submeti-me a terapêuticas com combinações distintas, prescritas numa “base empírica”, como me diziam, pois não havia evidências de quem seria o malvado culpado do “não foi desta”.

Cada curta gravidez foi vivida em permanente angústia, porque começava sempre mal. Aprendi que sou exímia a perder filhos. Vivi, durante anos, à mercê de listas de espera e dos momentos em que o telemóvel tocava para saber quando voltava a fazer um tratamento. Houve um período de alguns anos em que a sua frequência ocorria a cada quatro meses. Nessas circunstâncias, não conseguia definir planos, sequer a curto

TESTEMUNHOS

prazo. A minha vida baseava-se no imprevisto, o lado profissional foi fortemente afetado para estar disponível a comparecer no hospital, sempre que necessário. Deixei de me reconhecer, era tão somente um corpo que cumpria ordens médicas, sem qualquer perspetiva de que todo o sacrifício fosse resultar no sonhado filho.

Fui um dia confrontada por uma amiga com a questão “já estabeleceste um limite?”. Naquele momento, fiquei perturbada com essa interpelação, mas percebi na insónia que se seguiu que, apesar de doloroso, fazia sentido pensar no assunto. Chegara a hora de, em casal, tomarmos essa decisão. Determinámos que aos 40 anos terminaria e avaliámos em que condições. Consultámos mais um médico, esgotámos os embriões que tínhamos e, após a alta do centro de PMA, encerrámos o capítulo. Não estava nos nossos planos recorrer à doação de gâmetas, embriões ou adotar uma criança.

Antes desse episódio da pergunta que deu uma viragem no meu entendimento sobre o percurso, magoava-me muito ler ou ouvir “não desistas”, como se isso fosse sinal de fraqueza ou, então, a pérola, a meu ver, mais cruel: “não se desiste de um filho”. Até que, num dia de julho de 2020, abri o ficheiro com o resultado negativo da última transferência. Libertei as lágrimas que ainda me restavam e fiquei enraivecida de mim mesma durante umas horas, por sentir que era uma falhada. Convenci-me de que chegara realmente a altura de não desistir de mim. Cada mês



que passava antes dessa data estava a acabar sistematicamente comigo.

Tentei ao longo dos anos recorrer a diversos mecanismos para me reerguer após cada contrariedade. Dediquei-me à escrita num [blogue](#) que criei sobre o meu trajeto, participei em fóruns de discussão, falei sempre abertamente sobre o assunto, colaborei em algumas iniciativas e estudos. Uns meses antes de cortar o cordão umbilical com a PMA percebi que, após o término, precisaria de me dedicar a algo diferente que me desviasse os pensamentos do desgaste sofrido nos anos anteriores. Algumas semanas após o fim, candidatei-me ao ensino superior, licenciiei-me novamente e mudei de profissão. Os pensamentos não foram desviados, contrariamente ao que esperava, pelo que acabei por conjugar o luto com as aulas, o trabalho que realizava simultaneamente, exames e todas as outras exigências do curso.

É importante salientar que não tenho nenhum arrependimento em ter parado, assim como de ter persistido durante tantos anos, que me fizeram mais mal que bem. Na minha perspectiva é fundamental estarmos cientes de que as coisas não correm sempre como ambicionamos. Só o facto de ter estabelecido o tal limite já me tirou um peso colossal dos ombros. Desafio quem está a ler este testemunho a realizar o exercício de pensar até onde está verdadeiramente disposto a avançar para tentar materializar a ideia da maternidade/parentalidade. Mas faça-o de forma realmente consciente e pragmática, ok? Não podemos cair no erro de romantizar que só seremos felizes se tivermos filhos, desvalorizando tantas outras realizações que podem ser alcançadas!

Este texto representa uma ínfima fração do que vivi no âmbito da infertilidade, com um desfecho tão válido como tantos outros partilhados neste e noutros meios.

Entendo ser importante conhecermos diferentes realidades, pois tenho bem presente as vezes que me senti incompreendida, só, desamparada,

desesperada, zangada, desiludida, um extraterrestre, carente de um colo, ainda que não fosse físico. Sobre o renascer que sucedeu ao fracasso, posso dizer que me está a trazer paz. Estou bem, de verdade, em fase de descoberta! Ainda recupero de sequelas resultantes das bombas hormonais e de privações a que me sujeitei, na esperança de que um dia trouxessem frutos. Recuso fingir que nada aconteceu, fiz tudo em plena consciência. A forma como evoluiu teve um contributo preponderante para o desenvolvimento da minha identidade. Saliento, no entanto, que, para meu alívio e manutenção da sanidade mental, a tortura terminou.

Patrícia Lemos

APFertilidade explica...



Tentar sim, mas existem limites para aguardar que ocorra uma gravidez naturalmente. E que tratamento pode ser o mais indicado para um casal, que análises e exames levam a que se opte pela utilização de uma técnica? Do primeiro passo até ao que antecipa um tratamento, há um caminho a delinear entre médicos, mulher e casal. Daniela Sobral, ginecologista e obstetra, especializada em Procriação Medicamente Assistida, explica de uma forma simples como é feita a jornada de quem precisa de ajuda médica para ter filhos, naquele que é o 4.º episódio do videocast +Fertilidade Talks.

Veja o episódio completo, [aqui](#).



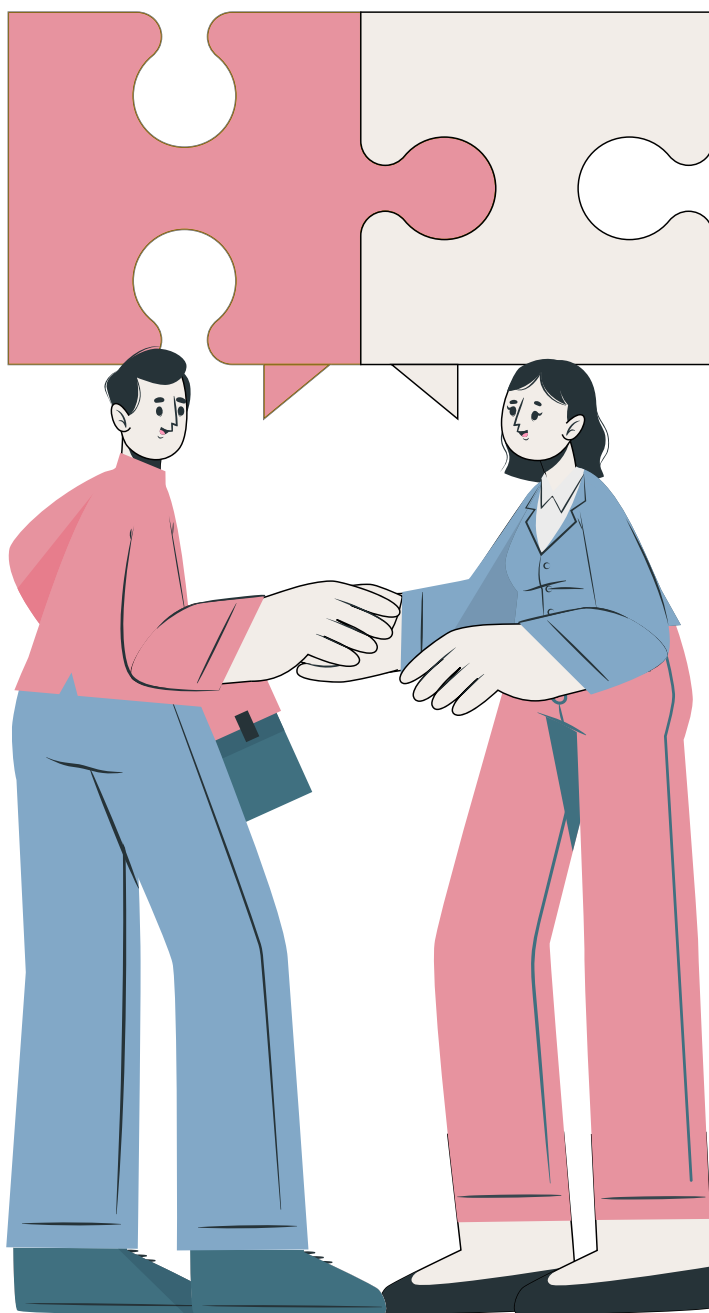
“Uma montanha-russa emocional”. É provavelmente a expressão mais ouvida pela coordenadora da rede de psicólogos da APFertilidade nas consultas com casais num processo de infertilidade. Estas oscilações, associadas a um desejo de parentalidade que passou a ter obstáculos após um diagnóstico de infertilidade, registam-se pelo choque, pela ansiedade e tristeza ou mesmo raiva e medo. No 5.º episódio do +Fertilidade Talks, a psicóloga Ana Galhardo fala de emoções na infertilidade e na possibilidade de as gerir através de mecanismos de regulação. Não existem soluções mágicas, mas o caminho pode passar por aprender a regular estas manifestações através do corpo.

Uma conversa para assistir na íntegra, [aqui](#).



Os episódios do +Fertilidade Talks são disponibilizados mensalmente nas redes sociais, site, canal de YouTube da APFertilidade e plataformas de áudio disponíveis.

Protocolos



**Centro de Medicina Chinesa,
Clínica Chun Ming Yan**

Av. Almirante Reis 258B 1000-058 Lisboa

Tel: 961 448 688 / 211 633 356

Email: clinicacpmc@gmail.com

Valores para associados:

- > 20% de desconto sobre a tabela de preços em vigor em todos os serviços;
- > 1.ª Consulta de Medicina Tradicional Chinesa (com tratamento incluído): **56€**
- > Consultas de Seguimento (com tratamento incluído): **44€**
- > Massagem Tui Na (50 min): **52€**
- > Massagem de Relaxamento (50 min): **40€**



Associação Portuguesa de
Fertilidade

www.apfertilidade.org

