

# + Fertilidade

## magazine



### ENTREVISTA CIRMA

“Desde 2022, o número dos nossos médicos diminuiu para metade”

### APOIO PSICOLÓGICO

Porquê falar do fim dos tratamentos quando não se consegue ter filhos biológicos?

### ARTIGO

Medicina Tradicional Chinesa e Acupuntura na fertilidade





# Índice

**04**

## EDITORIAL

A infertilidade não se "joga" no banco ou pelo seguro

**06**

## NOTÍCIAS

**12**

## ARTIGOS

Teste de compatibilidade genética, o que é?

Medicina Tradicional Chinesa e Acupuntura na fertilidade

**22**

## INVESTIGAÇÃO

Partículas poluentes do ar encontradas em ovários podem afetar fertilidade feminina

**26**

## ENTREVISTA

"Desde 2022, o número dos nossos médicos diminuiu para metade"

**30**

## APOIO PSICOLÓGICO

Porquê falar do fim dos tratamentos quando não se consegue ter filhos biológicos?

**36**

## NUTRIÇÃO

Como encontrar o equilíbrio alimentar na época de descanso e excessos

**40**

## TESTEMUNHOS

Olhar os desafios de frente

Perguntem! Questionem! BASTA!

**46**

## APF EXPLICA...

Vídeo e Podcast: "O que é a infertilidade?" e "PMA: Quando a ciência traz esperança"

**48**

## PROTOCOLOS

## EDITORIAL

# A infertilidade não se “joga” no banco ou pelo seguro\*

**Cláudia Vieira****Presidente da APFertilidade**

Recurso ao Serviço Nacional de Saúde (SNS), sob critérios de acesso rigorosos, ajuda financeira de família ou amigos, contração de empréstimos... A procura de soluções para ter filhos quando há um diagnóstico de infertilidade passa por, pelo menos, um destes caminhos. E quem não tem capacidade financeira para contornar o problema que representa ter a porta do SNS fechada ao sonho, vê o problema emocional adensar-se e dependente de muitos cálculos para tentar, nem que seja uma única vez.

Seja por se terem esgotado as hipóteses de tratamentos comparticipados, ou a idade da mulher ultrapassou o limite para ter acesso a técnicas de Procriação Medicamente Assistida (PMA), os casais que acabam excluídos pelo SNS procuram alternativas entre entidades de saúde e financeiras. Para os que têm condições económicas, a resposta pode estar imediatamente numa clínica de fertilidade privada. Para os restantes, tentar ultrapassar um problema de saúde cujo plano B passa pelo pagamento de uma fatura demasiado elevada, é uma solução que fragiliza ainda mais uma família que conta os dias para crescer, por vezes, há vários anos.

Sendo que a taxa de natalidade está longe de atingir os níveis necessários para inverter a tendência de envelhecimento da população, seria de esperar que existissem respostas para estes cidadãos. Porém, a realidade é que não existem apoios estatais ou serviços de proteção à saúde que contemplem tratamentos, exames e análises de fertilidade, sem imposições de clínicas e prémios elevados.

A realidade partilhada com a Associação Portuguesa de Fertilidade é devastadora. O número dos casais que contraem empréstimos é elevado, muitos recorrem à ajuda de pessoas próximas e outras tentam saber junto das suas seguradoras onde podem ter comparticipações, sem ouvirem o que precisam.

As entidades bancárias desenham planos para alguns dos passos mais importantes na vida das

pessoas, mas não estão interessadas em assinar contratos quando se trata de criar vida. Os empréstimos são contraídos sim, mas sob outras designações, com outras agravantes. E quando se questiona as seguradoras, são raros os casos em que tratamentos de fertilidade ou exames associados são abrangidos nos planos de saúde. Tudo o que saia das áreas da Ginecologia ou Urologia é dificilmente contemplado com reduções de valores junto de parceiros.

No SNS, o investimento do Estado continua sem aligeirar os graves problemas das listas de espera e dos limitados recursos humanos nos centros de PMA.

Faz sentido questionar, será que ter filhos com a ajuda da medicina e da ciência é apenas acessível a quem tem uma boa saúde financeira? Ter um filho, que não chega por limitações de saúde, do homem, da mulher, de ambos, pode ser tratado como algo acessório?

“Preciso de ajuda para ter um filho!” não merece como resposta que tudo depende de taxas de juro, capacidade para esforços financeiros, períodos de carência. Sim, se há um serviço prestado, este deve ser pago, mas no sentido de serem soluções que não constriam ou dificultem uma jornada por si só dolorosa.

Enquanto não houver vontade política e social para entender a racionalidade económica do apoio à PMA em toda a sua dimensão e para assumir que estamos perante a negação de um direito à saúde reprodutiva, continuaremos a assistir a muitas famílias com sonhos adiados ou mesmo nunca alcançáveis.

\*Artigo publicado originalmente no jornal ECO online

## NOTÍCIAS

## Depois de Ângela, apresentados mais quatro pedidos para inseminação post-mortem

Em agosto nasceu o primeiro bebé em Portugal por inseminação post-mortem. Filho de Ângela e Hugo, que há quatro anos morreu vítima de doença prolongada, nasceu depois de uma longa luta da mãe para que fosse concebido de acordo com a vontade partilhada com o pai.

Após a morte de Hugo, Ângela tentou que a lei que impedia que o esperma criopreservado do marido fosse utilizado numa tentativa de gravidez após a sua morte. Ainda que Hugo tivesse deixado um consentimento prévio para que o seu material biológico fosse usado pela mulher caso não conseguisse vencer a doença que o vitimou, até 2021, a legislação nacional considerava o ato ilícito. Com o caso de Ângela e Hugo, que levou à criação de uma petição a pedir que a legislação fosse revista, a lei acabou por ser alterada, e, em novembro de 2021, a **lei passou a permitir** o “recurso a técnicas de procriação medicamente assistida através da inseminação com sémen após a morte do dador, nos casos de projetos parentais expressamente consentidos (...)”.

Cerca de dois anos após a alteração, o filho de Ângela e Hugo nasceu e, atualmente, de acordo com o Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA), citado pelo Notícias ao Minuto, pelo menos outras quatro mulheres apresentaram um requerimento este ano para dar início a um processo semelhante.

“Até ao presente, o CNPMA procedeu nos termos da sua competência à centralização de cinco documentos de prestação de consentimento autorizado a inseminação post-mortem”, sendo que, acrescentou o órgão, “toda a informação sobre estes tratamentos só será processada pelo CNPMA quando forem tratados os dados introduzidos na plataforma de registo de atividades dos centros”. Com o caso de Ângela, são já cinco os casos autorizados a avançar para inseminação post-mortem.



## Novo centro de PMA no Algarve a partir de maio de 2024

O futuro centro de Procriação Medicamente Assistida (PMA) do Algarve tem nova data de abertura. De janeiro de 2023, como anunciado pelo Governo, a unidade deverá agora ficar concluída dentro de oito meses, em maio do próximo ano, enquanto decorrem os trabalhos de regeneração do Bloco Operatório Central (BOC) e do Bloco de Partos (BP) do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA).

De acordo com um comunicado do CHUA do passado dia 8 de setembro, “no final [regeneração do BOC e depois BP], que se prevê com prazo total de 8 meses, a mesma estrutura ficará já convertida para o novo Centro de Procriação Medicamente Assistida constituindo uma nova resposta assistencial SNS ao sul do país”. Numa nota divulgada dois dias antes, o CHUA já tinha anunciado o “início dos trabalhos de instalação do novo Serviço de Procriação Medicamente Assistida na referida unidade hospitalar”.

O arranque dos trabalhos de criação do futuro centro de PMA acontece oito meses depois da data prevista de abertura da unidade, a primeira a existir na zona sul do país e que se junta aos dez atuais que se distribuem pelas zonas da Grande Lisboa, Centro, Norte e Madeira. O desequilíbrio da distribuição geográfica dos centros de PMA é um dos graves problemas do apoio à fertilidade no Serviço Nacional de Saúde. Os beneficiários da zona do Algarve, Alentejo e Açores são encaminhados para as restantes unidades, ficando sujeitos a viagens de centenas de quilómetros para a realização de tratamentos para conseguirem uma gravidez.

Dois anos após as primeiras declarações do antigo secretário de Estado Adjunto sobre a criação de um centro no Algarve, o Ministério da Saúde tem-se mantido em silêncio sobre a inauguração da unidade no CHUA, tendo sido o centro hospitalar a revelar o início dos trabalhos, num comunicado sobre a regeneração do parque verde circundante na Unidade Hospitalar de Faro, que terá o nome do pediatra Dr. João Rosa.

Antes da nota do CHUA, a única referência à futura unidade aconteceu quando a Fundação Dieter Morszeck, uma instituição sem fins lucrativos alemã que se dedica a ajudar projetos nas áreas da educação, pesquisa, ciência ou crianças e jovens, anunciou uma doação de 1,5 milhões de euros ao centro hospitalar. A verba é destinada ao Centro de Desenvolvimento Pediátrico e Reabilitação Intensiva, na criação do centro de PMA e no departamento de Oftalmologia.



## NOTÍCIAS

## Anunciado primeiro transplante de útero no Reino Unido

Duas irmãs, de 34 e 40 anos, uma equipa de 30 profissionais e 17 horas de cirurgia. Estas são algumas das informações sobre o primeiro transplante de útero realizado no Reino Unido e só agora anunciado, cerca de seis meses depois de ter sido feito no Churchill Hospital, em Oxford.

Este enorme avanço na medicina britânica, e mais um a acrescentar na área da transplantação de útero para ajudar mulheres sem este órgão poderem suportar uma gravidez, envolveu duas irmãs residentes em Inglaterra, cuja identidade permanece anónima. A BBC News explica que a recetora, de 34 anos, foi transplantada com o útero da irmã, de 40, mãe de duas crianças, após esta ter decidido que não pretende ter mais filhos. A mulher recetora e o marido têm já vários embriões a aguardar transferência, assim que tiverem indicação médica para avançar com o procedimento.

A equipa médica, citada pela BBC News, indicou que as duas irmãs se encontram bem após a remoção e posterior transplante do útero. Foi um “enorme sucesso”, afirmou emocionado Richard Smith, cirurgião ginecológico, que dedicou os últimos 25 anos da carreira a estudar a transplantação de útero, e responsável pela equipa que procedeu à remoção do órgão. “Foi provavelmente a semana mais stressante da minha carreira, mas também incrivelmente a mais positiva. A dadora e a recetora estão nas nuvens, simplesmente nas nuvens. Estou emocionado com tudo isto. Na primeira consulta com a recetora no pós-operatório, estávamos todos quase a chorar”, acrescentou o cirurgião, por sua vez, citado pelo The Guardian.

Isabel Quiroga, cirurgiã responsável pela equipa que implantou o útero, fez igualmente um balanço entusiasmado do transplante: “Ela [mulher recetora] estava absolutamente nas nuvens, muito feliz, e espera poder ter não um, mas dois bebés. O seu útero está a funcionar perfeitamente e estamos a vigiar de perto o progresso da recuperação”.

A mulher nasceu com a Síndrome Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH), uma condição caracterizada pela ausência ou subdesenvolvimento do útero, mas onde os ovários são funcionais. Antes da cirurgia, foi submetida a uma técnica de fertilidade que permitiu que tivesse atualmente oito embriões criopreservados. Devido ao transplante, a paciente ficará medicada com imunossuppressores para prevenir que o seu corpo rejeite o útero transplantado, mas a medicação acarreta riscos para a saúde da mulher e deve ser suprimida logo que possível. A situação obriga a que o útero seja removido após a mulher engravidar, no máximo duas vezes.

O primeiro transplante de útero do mundo aconteceu em 2014, na Suécia. Depois deste caso, pelo menos 100 outros foram registados mundialmente, tendo permitido o nascimento de 50 crianças, a maioria em países como a Suécia, Estados Unidos, Brasil, China, Turquia, Índia, República Checa, Alemanha e França. Em Portugal, não há previsão de se tornar uma realidade a curto prazo, ainda que seja um procedimento em investigação há vários anos.

## Governo nomeou os quatro membros para o CNPMA

Já são conhecidos os quatro nomes nomeados pelos membros do Governo da área da saúde e da ciência para o Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA). Três dos responsáveis foram reconduzidos nas funções.

Carlos Eugénio Plancha dos Santos, diretor do laboratório de Embriologia da clínica CEMEARE, Alberto Manuel Barros da Silva, diretor da Clínica Genética Prof. Dr. Alberto Barros, e Pedro Alexandre Fernandes Xavier, presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução, já faziam parte do grupo em funções no CNPMA, mas, no próximo mandato, aquele órgão conta na sua composição com Sofia Dantas Pinto Lobo Xavier, responsável pela unidade de medicina da reprodução do Centro Hospitalar do Alto Ave.

O CNPMA é composto por nove personalidades de reconhecido mérito, com especial qualificação no domínio das questões éticas, científicas, sociais e legais da procriação medicamente assistida. Os membros têm um mandato de cinco anos e são designadas cinco personalidades pela Assembleia da República e quatro pelo Governo. Atualmente, o órgão é presidido por Carla Maria Pinho Rodrigues, contando ainda com especialistas na área da fertilidade, como Carlos Calhaz Jorge, Helena Maria Matias Pereira de Melo, Joana Maria Cunha Mesquita Guimarães e Sérgio Manuel Madeira Jorge Castedo.



Crédito da foto: CNPMA

## NOTÍCIAS

## CNPMA e CNECV acusam ministério de desrespeitar interesses da criança na regulamentação da GS

O Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA) e o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) emitiram os seus pareceres sobre a terceira proposta de regulamentação da gestação de substituição apresentada pelo Ministério da Saúde e ambos os documentos são fortemente críticos quanto às alterações mais recentes feitas pela tutela.

O **CNPMA considera** que a proposta apresentada pelo 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”. Nesse sentido, manifesta a “frontal oposição à proposta de regulamentação em análise por manifesto desrespeito pelo superior interesse da criança que vier a nascer” e defende 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”.

O CNPMA defende ainda que os prazos dados pelo Governo para o cumprimento de um proces-

so de candidatura e posterior pronúncia de uma decisão são “totalmente desadequados ao rigor e seriedade de um tema complexo como a Gestação de Substituição”, sublinhando que não dispõe de uma estrutura que consiga “dar resposta ao que é exigido pelo projeto de decreto-lei”. “Assim, a entrada em vigor do presente Decreto-lei só poderá ser fixada quando forem conseguidas as condições mínimas para que este Conselho possa trabalhar um assunto tão sério como é a Gestação de Substituição”, reforçou o órgão.

Por sua vez, o CNECV, além de reafirmar as preocupações que já tinha indicado nas propostas anteriores, 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”, sublinha a necessidade de “maximizar o nível de proteção da criança a nascer por gestação de substituição, em todas e quaisquer situações que possam ocorrer ao longo deste processo e até à sua entrega aos beneficiários”.

Para aquele órgão é prioritária a “cabal e inequívoca clarificação de direitos e deveres” da criança, beneficiários e gestante, mas também das obrigações de profissionais, organismos e instituições”, bem como a “eliminação ou minimização das áreas de potencial conflito entre as partes envolvidas”.

O CNECV considera ainda “eticamente censurável a demissão das obrigações do Estado (Estado-legislador) 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”.

Fica ainda uma apreciação negativa quanto à possibilidade de, em caso de arrependimento em

entregar a criança ao casal beneficiário, assumir responsabilidades familiares, “tais como a filiação e as responsabilidades parentais ou outras formas de relação jurídica com a criança por parte dos beneficiários”. “Reiteramos, pois, a antecipação de maior litigância em matérias sensíveis, dado o elevado nível de incerteza e insegurança suscitado pelo presente Projeto”, reforça o documento divulgado.

A futura lei da Gestação de Substituição entrou em vigor em janeiro de 2022, data desde a qual se aguarda a sua regulamentação pelo Ministério da Saúde. Mais de um ano e meio depois, a tutela tem vindo a adiar a data que irá desbloquear a situação.



## ARTIGOS

# Teste de compatibilidade genética, o que é?



**José António Dominguez**

**Diretor médico IERA Lisboa - Quironsalud**

O teste de portadores é um teste direcionado para o estudo do material genético (genoma) de um indivíduo e tem como objetivo identificar se este é portador de alguma mutação que possa ser transmitida aos seus filhos e causar uma doença. Este teste é realizado utilizando uma amostra de sangue ou saliva e foca-se na deteção de mutações e suas variantes em centenas de genes, os quais podem causar mais de 300 doenças recessivas, com diferentes impactos na qualidade de vida dos doentes.

Às doenças transmitidas desta forma chamamos doenças autossómicas recessivas, e estas surgem quando se herdamos duas cópias mutadas (ou alelos) do mesmo gene. Para isso, é necessário que o pai e a mãe sejam portadores da doença, ou seja, que embora sendo saudáveis, ambos tenham uma cópia alterada do gene e que, por acaso, ambos tenham passado a cópia alterada para o seu filho.

Quando ambos os membros do casal são portadores deste tipo de mutações no mesmo gene, há uma probabilidade de 1 em cada 4 dos seus filhos serem afetados pela doença, de metade serem portadores (mas não serem doentes) e de 1 em cada 4 estarem livres da mutação (não portadores).

É através do teste de compatibilidade genética ou matching genético que se cruzam os resultados de ambos os testes de portadores e se avalia o risco de os progenitores (ou dadores de gâmetas) partilharem a mesma mutação, o que faz com que este teste possa ser indicado para casais que pretendam engravidar.

No caso de um casal realizar o teste e saber, antes da conceção, que existe uma baixa compatibilidade genética entre eles, ou seja, que o

risco de terem um bebé afetado é elevado, este casal terá a oportunidade de realizar um tratamento com recurso a Diagnóstico Genético Pré-Implantação (PGT-M) para minimizar os riscos de ter filhos afetados pela doença da qual o casal é portador.

No caso do recurso a óvulos e espermatozoides doados, o teste de compatibilidade genética constitui um fator decisivo na seleção de dadores e dadoras apropriados às características de cada casal ou mulher.

Este teste ganha uma elevada importância e utilidade nos casos em que se utilizam gâmetas doados, pois para além de se selecionarem dadores com características fenotípicas adequadas, permite-nos ter também em consideração a in-

formação genética de ambos, garantir que estes não são portadores da mesma mutação e reduzir muito significativamente o risco de transmissão de uma doença genética recessiva ao bebé que virá a nascer.

Atualmente, contamos com um vasto leque de testes genéticos e painéis (conjuntos de genes que podem ser estudados) dos quais podemos obter mais ou menos informação, através de relatórios mais ou menos complexos e que se adequam a diferentes cenários clínicos e reprodutivos. É, sem dúvida, uma área em grande expansão, que nos permite planear a gravidez com mais segurança. É, no entanto, um campo complexo e que requer uma avaliação médica de cada caso em particular.



## ARTIGOS

# Medicina Tradicional Chinesa e Acupuntura na fertilidade



**Tatiana Branco Vaz**  
Enfermeira especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, Especialista em Medicina Chinesa e Acupuntura

A Medicina Tradicional Chinesa (MTC) assenta num raciocínio que se caracteriza pela relação do ser humano com o meio envolvente (natureza, sociedade, comunidade/família) e a aquisição de hábitos de vida que permitam ao indivíduo adaptar-se a esses fatores. Para a MTC, o estado de saúde define-se como a capacidade de adaptação do indivíduo ao meio envolvente.

Os profissionais de MTC dispõem de um sistema terapêutico com diversas ferramentas:

- Acupuntura: aplicação de finas agulhas em pontos de acupuntura;
- Moxabustão: aplicação de calor em pontos de acupuntura;
- Tuina: massagem terapêutica;
- Taijiquan e Qigong: exercícios de coordenação motora e concentração;
- Prescrição de Fitoterapia Chinesa e Orientação Dietética.

Existem outras técnicas complementares:

- Ventosas;
- Gua Sha;
- Auriculoterapia;
- Electroestimulação;
- Laser.

Este sistema terapêutico permite ao profissional de MTC intervir na correção de padrões identificados e, recentemente, incorporados na 11.ª Edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

## Acupuntura na fertilidade

Cada vez mais casais com subfertilidade recorrem à acupuntura combinada para melhorar a taxa de sucesso nos tratamentos de procriação medicamente assistida (PMA) — fertilização in vitro (FIV).

Em 2021, foi realizada uma análise de várias revisões sistemáticas publicadas (Wang, 2021) que incluiu 312 ensaios clínicos controlados e aleatorizados e 65.388 mulheres com infertilidade que se submeteram a FIV e transferência de embrião.

Os resultados nos grupos que realizaram Acupuntura como tratamento coadjuvante demonstraram que esta intervenção melhorou em 25% a taxa de gravidez clínica e em 19% a taxa de nados-vivos quando comparada com grupos que não realizaram este tratamento.

Outra revisão sistemática mais recente (Quan, 2022) incluiu 27 ensaios clínicos controlados e aleatorizados, com 7.676 mulheres, e teve como objetivo a avaliação da eficácia da Acupuntura em mulheres com infertilidade. Este estudo mostrou que o grupo submetido a tratamento de acupuntura melhorou em 34% a taxa de nados-vivos e em 43% a taxa de gravidez clínica.

Desta forma, a Acupuntura parece ser benéfica no aumento da taxa de gravidez clínica em mulheres submetidas a FIV, bem como em mulheres com infertilidade.





## ARTIGOS

### Mecanismos de ação da Acupuntura em fertilidade

#### Aumento do fluxo sanguíneo

Pela inibição da atividade nervosa simpática, a acupuntura causa uma dilatação dos vasos sanguíneos, principalmente da artéria uterina (principal fonte de irrigação do útero e de parte dos ovários) (Stener-Victorin, 1996). Esta vasodilatação provoca um aumento do fluxo sanguíneo para a cavidade pélvica, o que aumenta o aporte de nutrientes e de elementos antioxidantes para o útero e ovários, bem como melhora a sua oxigenação. Desta forma, a acupuntura parece promover a espessura e otimizar a morfologia do endométrio e otimizar a receptividade para a implantação do embrião (importante em casos de casais com infertilidade por falhas de implantação ou endométrio fino) (Shuai, 2015).

#### Modulação hormonal

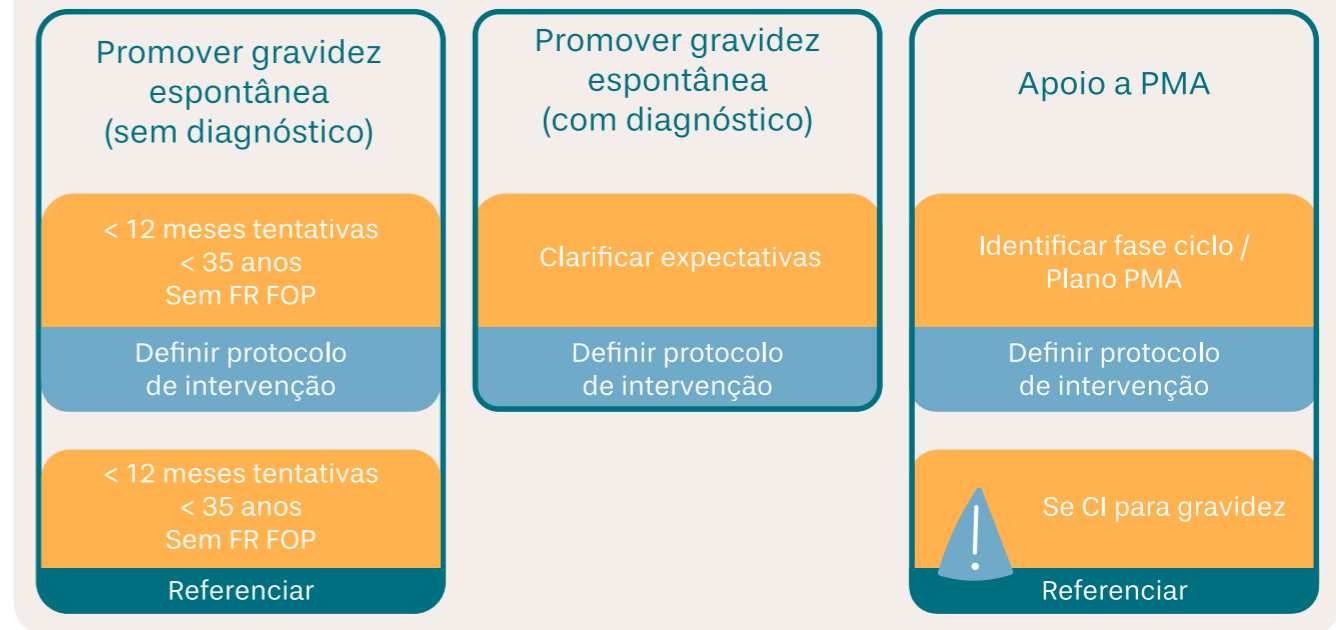
A acupuntura atua no hipotálamo, ao modular a secreção hormonal durante o ciclo de tratamento de PMA — FIV, e atua no controlo dos efeitos secundários das medicações utilizadas. A acupuntura parece promover o equilíbrio fisiológico das hormonas sexuais em mulheres a viver processos de infertilidade (redução dos níveis séricos de FSH e LH e o aumento dos níveis séricos de estrogénios e progesterona). Estes efeitos são benéficos para o desenvolvimento e maturação folicular, ovulação e promoção de um ciclo menstrual regular, contribuindo para a promoção da fertilidade (Xu, 2022).

#### Diminuição da ansiedade

A acupuntura é uma excelente técnica de relaxamento devido à libertação de beta endorfinas ao nível do sistema nervoso central. A acupuntura pode melhorar a ansiedade e o stress do dia a dia, contribuindo positivamente para a fertilidade (de forma direta e indireta por aumento da adesão aos tratamentos e diminuição da taxa de desistência dos mesmos) (Yang, 2021).



### MTC / Acupuntura Objetivo terapêutico



### Como funciona uma sessão de MTC/Acupuntura?

Na primeira consulta é realizada a história clínica do casal e o exame físico de forma a elaborar um diagnóstico de medicina chinesa e proposto um plano de intervenção terapêutica de acordo com o esquema acima apresentado.

Após avaliação e diagnóstico, o especialista em MTC deverá definir com o casal se o objetivo é promover uma gravidez espontânea ou apoiar um tratamento de procriação medicamente assistida PMA – FIV.

Caso seja promoção de uma gravidez espontânea, deverá ser aferida a existência ou não de diagnóstico de medicina ocidental:

- Casal com diagnóstico: o profissional deverá clarificar as expectativas quanto aos resultados esperados e propor um protocolo de intervenção;
- Casal sem diagnóstico: o profissional deverá avaliar se o casal se enquadra nos critérios de referência para consulta de Ginecologia/Fertilidade.

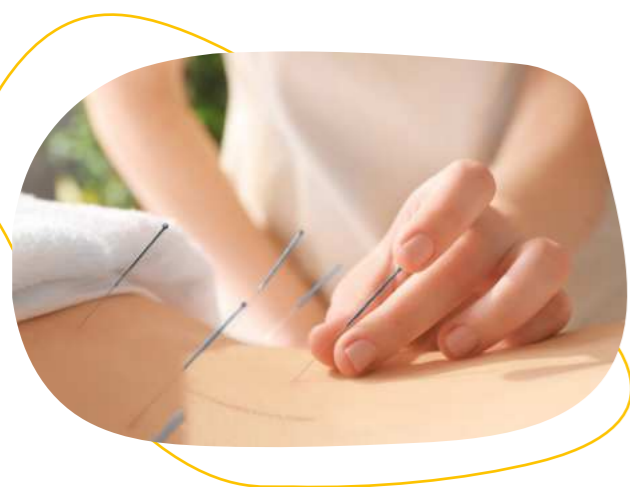
Caso seja apoiar um tratamento de PMA – FIV: o profissional deve identificar a fase do ciclo da mulher, compreender o plano de PMA proposto pelo médico assistente e propor protocolo de intervenção.

## ARTIGOS

De referir que se na avaliação for identificada alguma contraindicação para gravidez, o casal deverá ser encaminhado para consulta de Ginecologia de imediato.

Após definido o diagnóstico de MTC, é selecionado um protocolo de pontos de acupuntura (distribuídos por várias zonas: cabeça, tronco, membros superiores e/ou membros inferiores) e aplicadas as agulhas (esterilizadas e descartáveis). Após a desinfecção do local de punção, as agulhas são introduzidas na pele e deixadas por aproximadamente 30 minutos.

Na Clínica Fertilidade yIN, o tratamento de acupuntura é entendido não só como a aplicação de uma técnica terapêutica, mas também como toda uma experiência de autocuidado no qual a pessoa é convidada a reencontrar-se consigo mesma num ambiente calmo e acolhedor, beneficiando de variáveis de conforto como temperatura, intensidade da luz e aromaterapia (adequada ao seu diagnóstico, fase do ciclo e fase de tratamento de PMA – FIV).



### Qual a frequência das sessões?

No tratamento da (in)fertilidade, a acupuntura é recomendada de forma semanal. Os tratamentos devem ser iniciados três a seis meses antes do início da estimulação com medicação do ciclo PMA — FIV. Durante o apoio a técnicas de PMA, a frequência poderá diferir, nomeadamente no período de estimulação ovárica e preparação do endométrio, em que geralmente é recomendada uma frequência de duas vezes por semana (avaliação individual em função da resposta ecográfica e analítica no momento). Após a transferência, se confirmação de gravidez com  $\beta$ -hcg positivo, recomenda-se uma frequência de tratamentos semanal até às 12 semanas de gestação.

### Segurança e eventos adversos na acupuntura

Em 2016, foi realizada uma revisão de revisões sistemáticas que visou a avaliação da segurança e eventos adversos na acupuntura. Foram incluídas 17 revisões sistemáticas e foram identificadas quatro categorias principais de eventos adversos: lesões de tecido ou de órgão, infeções, reações locais e outras complicações (como tontura ou síncope) (Chan, 2016).

Eventos adversos menores ou graves podem ocorrer durante o uso da acupuntura, contrariando a ideia de que a acupuntura é inofensiva. Eventos adversos graves são raros, contudo, exigem atenção significativa. A segurança do paciente deve ser uma parte essencial da educação e certificação de competências do profissional de acupuntura.

### Acupuntura e o trabalho transdisciplinar

Todo o profissional de saúde tem como objetivo maior promover a saúde/bem-estar daqueles que cuida. Aprofundar o seu conhecimento, melhorar a sua prática e otimizar cada vez mais os resultados de suas intervenções. E estes resultados serão tão melhores quanto mais os profissionais trabalharem em equipa!

O trabalho de equipa transdisciplinar permite que o resultado da intervenção conjunta seja superior à soma das intervenções individuais, beneficiando o conhecimento e a progressão dos profissionais, mas, acima de tudo, beneficiando a pessoa que é cuidada. O trabalho em equipa transdisciplinar visa a articulação direta dos profissionais das diferentes áreas em prol de um objetivo comum. Exige compreensão e aceitação dos diferentes papéis/funções, cooperação e confiança mútua e uma rede de comunicação circular e multidirecional.

A Medicina Chinesa e a Acupuntura são profissões de saúde com autonomia técnica e deontológica com conteúdo funcional bem definido. O profissional de Medicina Chinesa/Acupuntura tem competências para intervir na correção de

padrões identificados e, recentemente, incorporados na 11.ª Edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, mas tem, também, o dever de se reger por princípios de conduta, tais como “encaminhar o cliente, sempre que necessário, para o profissional de saúde melhor habilitado a tratar a situação de saúde do mesmo”.

Trabalhar em equipa é retirar o foco do eu, enquanto pessoa e profissional, e colocar a pessoa no centro dos cuidados. Aprofundar diálogos, promover a discussão de opiniões, definir estratégias de intervenção conjuntas... E fazê-lo de forma que a gestão de diferentes profissionais, diferentes conhecimentos e diferentes áreas de atuação, seja feita nos bastidores sem sobrecarregar a pessoa no momento da tomada de decisão.

A acupuntura pode ser uma excelente ferramenta no cuidado ao casal que vive um processo de (in)fertilidade, contudo, é fundamental que cada profissional compreenda, aceite e respeite o seu lugar e o seu papel na equipa multidisciplinar (idealmente, transdisciplinar).



## ARTIGOS

### É importante a escolha do profissional que efetua o diagnóstico/tratamento?

A Ginecologia-Obstetrícia é uma área de atuação tão específica que aos profissionais médicos e enfermeiros, por exemplo, é exigida uma especialização com formação, validação de competências e reconhecimento pelas respetivas ordens.

A infertilidade é uma área de ainda maior especificidade que exige, aos profissionais médicos ginecologistas-obstetras, uma subespecialização. O que isto significa? Significa que, após seis anos de faculdade, o médico que trabalha fertilidade terá de realizar um ano de prática clínica, seis anos de internato em ginecologia-obstetrícia e, ainda assim, haverá necessidade de aprofundar o conhecimento, prática e competências com uma subespecialização em fertilidade, de forma a acompanhar os casais que vivem esta jornada desafiante.

Atualmente, vive-se uma fase de transição iniciada com o reconhecimento da MTC e Acupuntura como profissões (independentes de outras profissões de saúde!) com autonomia técnica e deontológica na sua prática profissional, Lei nº45/2003, de 22 de agosto. Este reconhecimento conduziu à necessidade de regulamentação da profissão com a determinação dos requisitos necessários ao exercício destas atividades profissionais, Lei nº71/2013, 2 de setembro (titularidade do grau de licenciado, obtido numa instituição de ensino superior, na área respetiva, algo que não acontecia até à saída do primeiro licenciado em Acupuntura em julho de 2021).

Este processo conduz, naturalmente, a uma enorme heterogeneidade do percurso profissional e académico dos diferentes profissionais a exercer atualmente:

- Profissionais sem cédula profissional;
- Profissionais com cédula profissional sem qualquer grau académico (com ou sem o 12.º ano);
- Profissionais com cédula profissional com Licenciatura, sem ser da área da saúde;
- Profissionais com cédula profissional com Licenciatura, na área da saúde;
- Profissionais com cédula profissional com Licenciatura em Acupuntura.

Esta será um período de transição que exigirá tempo para a padronização da prática dos diferentes praticantes, mas tem como principal objetivo assegurar a segurança e a qualidade dos cuidados prestados ao paciente.

Desta forma, facilmente se compreenderá que a um especialista de Medicina Chinesa que se dedique ao acompanhamento de casais com (in) fertilidade se exija formação, atualização, experiência e volume de atividade especializada que permita no mínimo assegurar a segurança do casal e o não prejudicar dos resultados dos tratamentos realizados em PMA – FIV.

- Efetue o seu acompanhamento de acupuntura:
- Numa clínica licenciada pela ERS;
- Com um profissional com cédula profissional emitida pela ACSS;
- Idealmente, com um profissional que trabalhe de forma transdisciplinar, articulando com profissionais de outras áreas (nomeadamente Ginecologia/Clínicas de PMA).

### Conclusão

“As pessoas vão esquecer o que tu disseste, vão esquecer o que tu fizeste, mas nunca esquecerão o que as fizeste sentir” — Maya Angelou.

Acompanhar casais que vivem um processo de (in)fertilidade tem tanto de desafiante e exigente quanto de gratificante e encantador. Enquanto profissional de saúde, considero que um compromisso é assumido. O compromisso de estar presente. Estar presente em todos os momentos a partir do instante em que é assumida a decisão de parceria na caminhada da fertilidade da mulher/casal:

- Presente quando se iniciam os tratamentos;
- Presente quando se decide parar;
- Presente quando surgem dúvidas e inseguranças;
- Presente quando são precisas respostas a perguntas que tantas vezes já foram respondidas;
- Presente quando são precisas respostas a dúvidas que se tem até vergonha de colocar;
- Presente para garantir que mesmo no silêncio, mesmo quando surge o cansaço, a desmotivação, a solidão, se saiba que alguém caminha a nosso lado e está disponível para nos acolher.

**“O casal deve ser avaliado, orientado e acompanhado por uma equipa que os olhe, os compreenda”**

A (In)fertilidade é multifatorial e de forte impacto na vida pessoal, familiar e profissional, pelo que a sua abordagem só me faz sentido de forma transdisciplinar, em equipa. O casal deve ser avaliado, orientado e acompanhado por uma equipa que os olhe, os compreenda e lhes disponibilize as ferramentas necessárias para tomar decisões da sua própria jornada de forma informada e esclarecida. Não há um caminho certo e um caminho errado. Há informação, há escolhas, há condicionantes, há riscos e há consequências. E as consequências são vividas única e exclusivamente pelo casal. É a sua jornada, é a sua vida. O profissional tem o papel de, com o seu conhecimento e experiência, ser facilitador na tomada de decisão numa jornada e numa tomada de decisão que não lhe pertence.

1. Wang, 2021: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.651811>
2. Quan, 2022: <https://doi.org/10.1155/2022/3595033>
3. Stener-Victorin, 1996: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.humrep.a019378>
4. Shuai, 2015: <https://doi.org/10.1136/acupmed-2014-010572>
5. Yang, 2021: <https://doi.org/10.1186/s12991-021-00327-5>
6. Xu, 2022: <https://doi.org/10.1155/2022/3854117>
7. Chan, 2016: <https://doi.org/10.1038/s41598-017-03272-0>

## INVESTIGAÇÃO

# Partículas poluentes do ar encontradas em ovários podem afetar fertilidade feminina



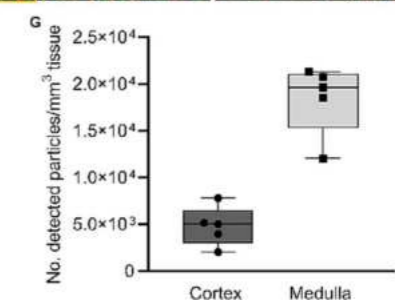
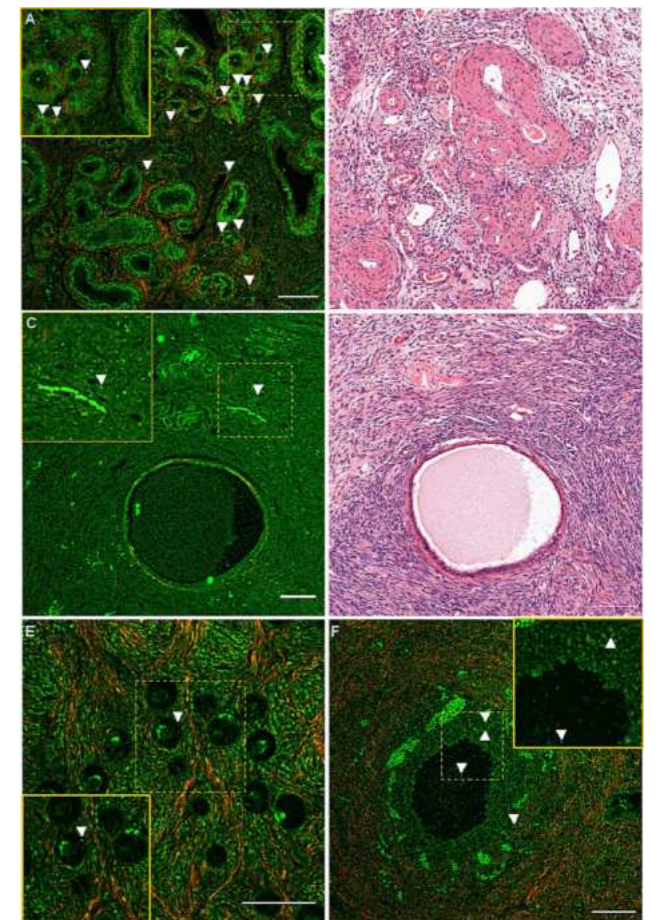
Tecidos de ovários humanos e ovócitos em vários estágios de maturação foram analisados quanto à presença de partículas de poluição do ar por uma equipa de investigadores e os resultados foram surpreendentes. Através de tecnologia de iluminação laser pulsada de femtosegundo (unidade de medida de tempo que corresponde a um quadrilionésimo de segundo), foi possível encontrar partículas de carbono negro em fluido folicular.

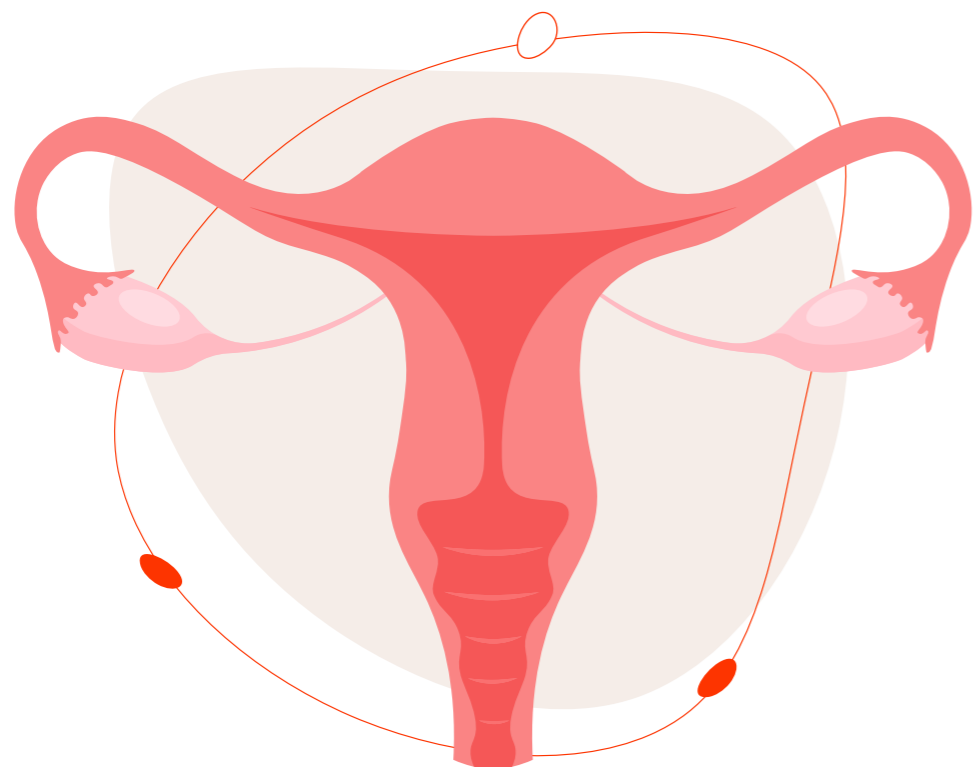
“Os nossos resultados mostram que as partículas provenientes da poluição do ar não permanecem nos pulmões, alcançando também outros órgãos, onde se incluem reprodutores, como os ovários. Isto permite-nos destacar a urgência da investigação detalhada das partículas associadas à diminuição da fertilidade”. A explicação é de Eva Bongaerts, responsável pela condução do estudo e investigadora do Departamento de Ciências do Ambiente na Universidade Hasselt, na Bélgica,

que desenvolveu este trabalho em parceria com o Instituto Karolinska, na Suécia, e o INL — International Iberian Nanotechnology Laboratory, com sede em Braga, Portugal.

Em comunicado, o International Iberian Nanotechnology Laboratory sublinha que, atualmente, a poluição do ar é tida como preocupante para a saúde respiratória, desconsiderando os impactos na saúde reprodutiva. Eva Bongaerts sublinha que a matéria poluente não permanece apenas nos pulmões e chega a outros órgãos, como os ovários. “Recentrando as preocupações investigativas para o âmbito da fertilidade, a colaboração destes investigadores vem provar que a saúde feminina deve alocar a atenção da ciência e da agenda pública, uma vez que se articulam problemáticas centrais na atualidade”, reforça a nota do INL.

Ernesto Alfaro-Moreno, toxicologista ambiental e responsável pelo departamento de Nanosseguurança do INL, explicou à +Fertilidade Magazine que o tipo de partículas de carbono negro detetado “tem as mesmas características previamente identificadas noutros trabalhos”, sendo que estas “estão altamente correlacionadas com poluentes do ar, em particular as que encontramos nas estradas”. “Ainda que não possamos estar 100% seguros de que as partículas resultam do trânsito, toda a evidência anterior aponta nessa direção”, acrescenta o investigador.





E como viajam estas partículas até ao aparelho reprodutor feminino? “Não conhecemos os mecanismos específicos, mas sabemos que estas partículas, com um tamanho inferior a 0.1  $\mu\text{m}$  [micrómetro], conseguem alcançar os alvéolos nos pulmões. Com uma dimensão tão reduzida, podem atravessar a barreira física do epitélio e do endotélio. Uma vez em circulação, as partículas conseguem viajar pelo corpo inteiro”. De acordo com Ernesto Alfaro-Moreno, estudos anteriores “mostraram a sua presença no sangue, na urina e até no cérebro”.

Perante conclusões que apontam para a possibilidade da presença de partículas de carbono negro noutras partes do corpo humano, Ernesto Alfaro-Moreno considera que não existe uma razão para, à semelhança do que foi detetado no aparelho reprodutor, não acontecer o mesmo no masculino. “Alguns estudos indicam que a poluição do ar pode ser um fator de risco na redução da fertilidade e, nos homens, a exposição a ftalatos correlaciona-se com a perda de qualidade do esperma. Numa outra investigação, demonstrámos que as partículas urbanas contêm ftalatos e, por isso, podem ser uma barreira nestes tipos de disruptores endócrinos”, concluiu o investigador.



## Apoio Psicológico para Associados

**PRIMEIRA CONSULTA**  
online gratuita com:



**Ana Galhardo**

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



## ENTREVISTA

# “Desde 2022, o número dos nossos médicos diminuiu para metade”

O CIRMA – Centro de Infertilidade e Reprodução Medicamente Assistida no Hospital Garcia de Orta, em Almada, é uma das três unidades do Serviço Nacional de Saúde de apoio à fertilidade a funcionar na Grande Lisboa. O centro dá ainda resposta a casos da zona Sul e ilhas, mas, com uma equipa médica reduzida para metade em 2022, manter inalterado o número de ciclos de tratamento e o tempo para primeira consulta é uma sobrecarga difícil de gerir. Maria Isabel dos Reis, diretora do CIRMA, afirmou à +Fertilidade Magazine que mais profissionais e equipamento fariam toda a diferença na ajuda aos perto de 700 casais que ali se encontram em estudo e tratamento.



**+Fertilidade Magazine:** O CIRMA é um dos três centros públicos de fertilidade da zona da Grande Lisboa. Considera que o facto de não existir uma unidade no Alentejo, Algarve e Açores contribui para que seja difícil diminuir as listas de espera no centro que dirige?

**Maria Isabel dos Reis:** Um centro de PMA no Sul do país contribuiria certamente para diminuir a lista de espera no CIRMA, mas aguardamos há vários anos a abertura do centro da Madeira, ainda sem data à vista. Por outro lado, sabemos que o investimento para abrir um novo centro, em recursos humanos, equipamento e instalações, é tão grande, que nos parece mais fácil e menos oneroso capacitar o nosso centro para aumentar o número de ciclos. Desde 2022 que o número dos nossos médicos diminuiu para metade. De

seis médicos, ficámos com três. No início de 2023 conseguimos um novo elemento, em regime de prestação de serviço, que está atualmente apenas um dia por semana, sendo que continuamos deficitários neste campo.

Mesmo assim, não diminuimos o número de ciclos. Reduzimos apenas o número de primeiras consultas, passando assim de quatro para seis meses o primeiro atendimento médico no CIRMA.

## ENTREVISTA

**+Fertilidade Magazine: Concorde com o encaminhamento de casos seguidos num centro público de PMA para o privado, após os 12 meses de incapacidade de resposta por parte do SNS? Ainda que não seja uma obrigatoriedade, poderia ser uma resposta para combater o tempo de espera?**

**Maria Isabel dos Reis:** Concordo, sim. Em Lisboa, este encaminhamento é feito pelo centro PMA de Lisboa Norte, no Hospital de Santa Maria, e pelo centro PMA de Lisboa Central, na Maternidade Alfredo da Costa. Este pedido de encaminhamento foi anteriormente efetuado pelo antigo diretor do CIRMA aquando, por falta de embriologistas, o número de ciclos decresceu e a lista de espera para tratamentos de 2.ª linha (FIV e ICSI) aumentou para cerca de dois anos. Atualmente, a lista para tratamentos de 2.ª linha é de 12 a 14 meses, de modo que esta redução do tempo de espera poderia ser conseguida com a capacitação do CIRMA para aumentar o número de ciclos com mais médicos e autorização para realizar alguns dos nossos procedimentos em atividade adicional. Estamos atualmente a trabalhar na viabilidade desse plano..

**“O CIRMA conta com uma equipa altamente motivada, treinada e com capacidade técnica diferenciada.”**

**+Fertilidade Magazine: Quais os pontos fortes e de fragilidade do CIRMA?**

**Maria Isabel dos Reis:** O CIRMA conta com uma equipa altamente motivada, treinada e com capacidade técnica diferenciada. A nossa avaliação de benchmarking com os centros PMA, e outros centros europeus, coloca-nos numa posição muito favorável nas taxas de sucesso e nos nossos objetivos de qualidade.

Em 2022, tivemos uma taxa de gravidez clínica por transferência (fresco + TEC) de 44,7%, uma taxa de gravidez gemelar de 10,6%, uma taxa de sobrevivência embrionária após desvitrificação de 98,2%, taxa de transferência eletiva de um embrião de 56,8% e taxa de internamento por hiperestimulação ovárica de 1,0%. A nossa taxa de recém-nascido vivo por paciente com ciclo iniciado (taxa cumulativa de 2010 a 2020) é de 50,4% com um total de 1648 pacientes com ciclo iniciado e 831 pacientes com recém-nascido vivo. Pelas nossas contas, desde 25 de setembro de 2011, data do primeiro parto via CIRMA, temos um parto a cada 3,3 dias.

Outro ponto positivo referido pelos nossos casais é a localização do CIRMA, um espaço físico externo ao corpo do hospital, o que facilita aos nossos casais um atendimento mais personalizado.

Os pontos de fragilidade são, como já referi, a redução drástica de recursos humanos médicos, o fraco apoio da urologia, com necessidade de recorrer a apoio externo, e o espaço físico reduzido de centro.

**+Fertilidade Magazine: Quantos casos estão a ser acompanhados e aguardam tratamento no centro, incluindo com recurso à doação de gâmetas ou embriões?**

**Maria Isabel dos Reis:** Aguardam primeiro tratamento cerca de 350 casais. Chegam-nos cerca de 270 pedidos por ano, mas a lista aumenta com a repetição de ciclos após insucesso dos 1.º e 2.º ciclos. O tempo de espera é de cerca de três anos para as doações de gâmetas. Temos atualmente perto de 700 casais em estudo e tratamento.

**+Fertilidade Magazine: Desde 2011, quantas crianças ajudou o CIRMA a nascer? Que medidas poderiam ser implementadas para que esse apoio à fertilidade e natalidade continuasse a crescer e melhorar?**

**Maria Isabel dos Reis:** Até agora, temos um total de 1358 recém-nascidos vivos após técnicas de 1.ª e 2.ª linha. As medidas consideradas no nosso plano de ação para melhoria do serviço prestado passariam pela contratação de mais médicos, autorização de atividade adicional, com criação de um Centro de Responsabilidade Integrada, que se encontra em curso, aumento do espaço físico do CIRMA com mais espaço para recobro e consultas, compra de novo ecógrafo, de mais contentores de criobiologia, que chegaram em setembro deste ano, outra estufa e outro sistema de microinjeção. Trata-se de aquisições já em curso.



## APOIO PSICOLÓGICO

# Porquê falar do fim dos tratamentos quando não se consegue ter filhos biológicos?



**Sofia Gameiro**

**Psicóloga clínica e docente na School of Psychology da Universidade de Cardiff**

Cerca de um terço das pessoas que fazem tratamentos de fertilidade chegam ao fim do processo sem engravidar. Após um período usualmente longo e exigente, em que todos os esforços se centram no alcance de uma gravidez bem-sucedida, a maior parte dos pacientes não está preparada para lidar com o facto de que não terá os filhos biológicos que tanto deseja.

Terminar os tratamentos de fertilidade sem conseguir engravidar é uma experiência devastadora para muitos pacientes, que subitamente se encontram envolvidos num processo de luto, marcado por tristeza intensa e incerteza em relação ao seu futuro individual e de casal. As pessoas que vivem este processo falam sobre perder o propósito de vida e a dificuldade de fazer sentido numa nova realidade que se impõe e que lhes nega uma família e um sonho de parentalidade. Muitos pacientes também se sentem sozinhos neste processo de luto por uma perda que, para muitos, é invisível e, por vezes, mesmo tabu. Devido à dor que é ver e estar com crianças, muitos casais acabam por se isolar dos seus amigos e também familiares.

O término dos tratamentos é uma experiência tão desafiante que, em média, as pessoas que passam por ela referem precisar de cerca de dois anos para conseguir recuperar um sentido de equilíbrio na vida e esperança em relação ao futuro. Estudos mostram que esta vivência tem um impacto negativo e clinicamente significativo na saúde mental e no bem-estar dos pacientes (comparativamente a pacientes que engravidam com o tratamento). Os estudos mostram que este

impacto também é visível em pacientes com infertilidade secundária, ou seja, que já têm filhos, mas menos do que os que desejariam ter.

Tendo em consideração a realidade descrita, seria de esperar que os pacientes de fertilidade fossem alertados para esta eventualidade e apoiados extensivamente quanto tal necessário. No entanto, uma investigação recente mostra que menos de quatro em cada dez pacientes que realizam tratamento em Portugal e no Reino Unido têm a oportunidade de discutir a possibilidade do insucesso do tratamento com a sua equipa de fertilidade. De facto, a maior parte do

apoio psicossocial disponível dirige-se apenas a apoiar os pacientes enquanto estes tentam ser pais. Consequentemente, muitos pacientes sentem-se deixados à sua própria mercê para lidar com o que poderá ser a maior perda da sua vida, reportando extrema frustração, insatisfação, e mesmo alguma raiva em relação à sua clínica e ao apoio disponibilizado.

É urgente que a temática do insucesso nos tratamentos de fertilidade se torne amplamente discutida entre os atores de medicina de reprodução, de forma a estimular discussão sobre como desenvolver e avaliar medidas de apoio.





## APOIO PSICOLÓGICO

### “(...) A maior parte do apoio psicossocial disponível dirige-se apenas a apoiar os pacientes enquanto estes tentam ser pais”

#### Que apoio deve ser oferecido?

Durante a última década, várias sociedades científicas e entidades reguladoras da reprodução medicamente assistida têm alertado para a responsabilidade das clínicas continuarem a apoiar os seus pacientes quando o tratamento é malsucedido. Na prática, muito do apoio disponível, quando existente, é oferecido por associações ou grupos de pares de pacientes. A literatura científica e reguladora desta área da medicina mostra evidência muito limitada da integração de apoio psicossocial para pacientes que terminam o tratamento sem se tornarem pais.

Quando questionados, nove em cada dez pacientes referiram querer ser alertados antecipadamente para esta possibilidade, e sete em cada dez preferiam ser alertados antes mesmo de iniciar qualquer tratamento. Apesar de reconhecerem que pode ser difícil falar de insucesso enquanto estão a fazer tratamento, os pacientes pensam que isto é necessário para os ajudar a processar a perda a manter uma perspetiva positiva em relação ao futuro, de forma que possam tomar decisões bem informadas durante e após o tratamento, e aceder a diferentes fontes de apoio à medida que precisam.

A investigação também mostra que o apoio após o final dos tratamentos se deve focar em três aspetos que são fundamentais a um bom ajustamento. Primeiro, ajudar os pacientes a aceitar a perda, ou seja, progressivamente integrar esta perda no seu estilo de vida e conseguir viver com os pensamentos e sentimentos difíceis que lhe estão associados. Segundo, facilitar o processamento cognitivo deste acontecimento de vida, de forma que os pacientes consigam criar significados positivos desta situação adversa. Finalmente, apoiar os pacientes a desenvolver ou retomar outros objetivos de vida que, não sendo a tão desejada parentalidade, possam oferecer consolo e mesmo gratificação. É claro que este tipo de apoio requer conhecimento específico na área da saúde reprodutiva, sendo que reenaminhamento para a área de saúde mental poderá ser contraproducente, se os terapeutas não estiverem sensibilizados para o impacto psicossocial desta perda.



#### O projeto MyJourney

O projeto MyJourney é uma parceria entre a Universidade de Cardiff, no País de Gales, e as associações de pacientes APFertilidade (Portugal) e Fertility Network UK (Reino Unido), cujo objetivo foi permitir o acesso atempado a apoio psicossocial baseado na evidência para promover a adaptação psicológica de pessoas que não concretizaram o seu desejo de ter filhos.

A primeira fase do projeto consistiu no desenvolvimento e avaliação científica de uma webapp de autoajuda interativa e gratuita — MyJourney ([www.myjourney.pt](http://www.myjourney.pt)) — dirigida a todas as pessoas que, por algum motivo, não tiveram os filhos que desejavam. A MyJourney está disponível em cinco idiomas e pode ser usada em qualquer lugar e a qualquer hora, desde que o utilizador tenha acesso a um computador, tablet ou smartphone.

A MyJourney é baseada nas Terapias Cognitivo-Comportamentais Contextuais e foi avaliada

num estudo clínico randomizado. Os resultados mostraram que os participantes que tiveram acesso à MyJourney reportaram um aumento estatístico e clinicamente significativo no seu bem-estar dez semanas (tempo recomendado para completar todas as atividades terapêuticas) após se terem registado na MyJourney, enquanto o grupo de controlo não reportou qualquer melhoria. Os resultados também indicaram que a melhoria de bem-estar observada se manteve estável pelo menos durante seis meses.

É necessário ter em consideração que vários participantes não completaram o uso da MyJourney. Entrevistas individuais indicaram que as principais razões para a desistência foram a falta de tempo ou outros compromissos, perceção de que a MyJourney é mais útil para pessoas numa fase muito inicial de aceitação, e a falta de acesso aos lembretes enviados pela aplicação. Não obstante, os participantes usaram a MyJourney,

## APOIO PSICOLÓGICO



MyJourney: Dez passos no caminho de aceitação do seu desejo não realizado de ter filhos.

em média, durante 10 horas. Assumindo que isto corresponde a tempo terapêutico ativo, é bastante mais do que o reduzido ou nulo apoio que os pacientes reportam receber nas suas clínicas. Os resultados também mostraram que os benefícios são maiores para aqueles participantes que completaram seis das dez atividades terapêuticas da MyJourney.

Desde o seu lançamento em novembro de 2020, a MyJourney já foi acedida por mais de duas mil pessoas. Uma análise da informação recolhida pela aplicação mostra que os utilizadores registados reportam uma melhoria no seu bem-estar bastante semelhante à observada no estudo clínico.

A segunda fase do projeto está atualmente em curso e foca-se em desenvolver materiais

para promover a preparação para a possibilidade do insucesso dos tratamentos. Estes materiais estão direcionados tanto para os pacientes ([myjourney.pt/pacientes](https://myjourney.pt/pacientes)) como para as clínicas de fertilidade ([myjourney.pt/clinicas](https://myjourney.pt/clinicas)) e oferecem informação sobre o que esperar e como lidar com o insucesso, informação sobre outras opções para ter filhos, e acesso à MyJourney.

A constante divulgação deste projeto e os seus recursos digitais tem-se centrado na Europa e América Latina, onde o interesse por parte de associações científicas e de pacientes tem sido elevado, gerando muita discussão na comunidade da reprodução medicamente assistida e uma forte consciencialização para a necessidade de apoio aos pacientes.

### Artigos científicos:

Sousa-Leite, M., Costa, R., Figueiredo, B. and Gameiro, S. 2023. Discussing the possibility of fertility treatment being unsuccessful as part of routine care offered at clinics: patients' experiences, willingness, and preferences. *Human Reproduction* 38(7), pp. 1332-1344. <https://doi.org/10.1093/humrep/dead096>

Rowbottom, B., Galhardo, A., Donovan, E. and Gameiro, S. 2022. Feasibility randomized controlled trial of a self-guided online intervention to promote psychosocial adjustment to unmet parenthood goals. *Human Reproduction* 37(10), pp. 2412-2425. <https://doi.org/10.1093/humrep/deac168>

Gameiro, S. and Finnigan, A. 2017. Long-term adjustment to unmet parenthood goals: systematic review of long-term adjustment after failed fertility treatment. *Human Reproduction Update* 23(3), pp. 322-337. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmx001>

## NUTRIÇÃO

# Como encontrar o equilíbrio alimentar na época de descanso e excessos



**Michelle Bond**

**Naturopata em Michelle Bond –  
Aesthetic & Wellness Clinic**

Com a chegada do verão, somos brindados com dias mais longos, temperaturas quentes e uma sensação de relaxamento no ar. No entanto, esta estação traz muitas vezes uma série de excessos alimentares que podem impactar negativamente a saúde, especialmente para



**Fernanda Marques**

**Nutricionista em Michelle Bond –  
Aesthetic & Wellness Clinic**

aqueles que estão a tentar engravidar e enfrentam desafios nessa jornada. Exploreemos, então, como aproveitar a oportunidade para descansar e equilibrar a alimentação, oferecendo dicas e regras essenciais para quem busca uma gravidez saudável.

### 1. Hidratação Adequada

Durante os meses de verão, o corpo tende a desidratar-se mais rapidamente devido ao aumento da transpiração. Manter-se hidratado é crucial para a saúde geral, mas também é essencial para o equilíbrio hormonal e reprodutivo. Opte por água mineral ou infusões de ervas frescas para se manter hidratado e evitar bebidas açucaradas e alcoólicas.

### 2. Minimizar o consumo de cafeína e álcool

Tanto a cafeína quanto o álcool podem afetar negativamente a fertilidade. Reduza o consumo de café e opte por alternativas de ervas ou chás descafeinados. Quanto ao álcool, é aconselhável evitá-lo durante a fase de preparação para a gravidez.

### 3. Incorporar atividade física moderada

O verão é uma ótima época para se envolver em atividades ao ar livre. A prática regular de atividade física moderada, como caminhadas, ioga ou natação, não só ajuda a manter um peso saudável, mas também contribui para o equilíbrio hormonal e a saúde mental.

### 4. Gerir o stresse

O stresse crónico pode afetar negativamente a fertilidade. Aproveite o verão para se dedicar a práticas de relaxamento, como meditação, tai chi ou simplesmente relaxar à sombra de uma árvore. O controle do stresse é vital para equilibrar as hormonas reprodutivas.

### 5. Evitar excessos de açúcar e alimentos processados

Controlar o índice glicémico é crucial para manter níveis estáveis de açúcar no sangue, impactando positivamente a ovulação e a saúde hormonal. Embora seja tentador ceder aos gelados e sobremesas geladas no calor do verão, é importante limitar o consumo de açúcares refinados e alimentos altamente processados. O excesso de açúcar pode levar a desequilíbrios hormonais e afetar a ovulação e a saúde dos espermatozoides, desencadeando a inflamação e impactando negativamente a fertilidade.

### 6. Gorduras saudáveis para equilíbrio hormonal

Incorpore gorduras saudáveis, como abacate, nozes, sementes de linhaça e azeite extra-virgem, na sua alimentação. Essas gorduras são essenciais para a saúde hormonal e podem ajudar na regulação do ciclo menstrual e na produção de hormonas sexuais.

### 7. Alimentação colorida e rica em nutrientes

Uma alimentação equilibrada desempenha um papel vital no suporte à saúde reprodutiva. Para quem enfrenta problemas de fertilidade, priorizar certos nutrientes pode ser benéfico. Aproveite a abundância de frutas e vegetais frescos que o verão oferece e opte por uma dieta rica em alimentos integrais, como frutas, vegetais de folhas verdes, legumes, grãos inteiros, proteínas magras e gorduras saudáveis, é essencial. Antioxidantes, presentes em frutas e vegetais coloridos, auxiliam na proteção das células reprodutivas contra danos oxidativos. O ácido fólico, encontrado em folhas verdes e leguminosas, é crucial para a saúde do DNA e desenvolvimento fetal precoce. Peixes ricos em ômega-3, nozes e sementes podem melhorar a saúde hormonal e a qualidade dos óvulos e espermatozoides.

# NUTRIÇÃO

Conforme as diretrizes mencionadas anteriormente, um modelo exemplar de plano poderia ser delineado da seguinte forma:

## Menu Semanal para auxiliar no processo de fertilidade

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Pequeno-almoço	Ovos mexidos com açafrão, abacate e tomate + sumo de 1/2 beterraba, 1 laranja, gengibre	Pão de fermentação natural com pasta de atum e abacate + sumo de couve, abacaxi e gengibre	2 ovos mexidos com espinafres e tomate + sumo de frutos vermelhos + 1/2 beterraba + gengibre	logurte natural + frutas vermelhas + sementes de abóbora	Pão de fermentação natural com hummus + sumo de 1/2 beterraba, 1 laranja, gengibre	Panqueca de banana com aveia + sumo de beterraba e melancia	2 ovos mexidos com espinafres e tomate + sumo de frutos vermelhos + 1/2 beterraba + gengibre
Lanche	10 amoras + 2 castanhas do Brasil	10 framboesas + 2 castanhas do Brasil	1 fruta cítrica + 2 castanhas do Brasil	1 fruta cítrica + 2 castanhas do Brasil	10 amoras + 2 castanhas do Brasil	10 framboesas + 2 castanhas do Brasil	10 amoras + 2 castanhas do Brasil
Almoço	Folhas + salada de grão com tomate, sésamo preto + frango com ervas + puré de batata com espinafres	Folhas + tomate, pepino e abacate + sésamo preto + massa de arroz com camarão e pimentos	Folhas + tomate, rabanete + sésamo preto + frango com leite de coco e brócolos + arroz com coentro	Folhas + rabanete + sésamo preto + empadão de batata doce com carne de vaca e legumes	Folhas + cenoura ralada e pepino + sésamo preto + peixe assado com batatas, cebola, tomate e courgette	Folhas + beterraba, cenoura e maçã ralada + sésamo preto + risotto de cogumelos com legumes	Folhas + tomate chuchu + beterraba + sésamo preto + caril de grão e legumes + arroz
Lanche	logurte + 4 nozes e lascas de coco	Palitos de cenoura e pepino com hummus	Banana com manteiga de amendoim e cacau em pó	Palitos de cenoura com hummus	Banana com manteiga de amendoim e coco ralado	1 fruta + 1 ovo cozido	Panqueca de banana e canela
Jantar	Folhas + pepino em rodela + salmão com legumes no forno + chia	Salada de grão com frango + linhaça (do dia anterior)	Salada de camarão, grão, abacate, cebola roxa + hummus + chia	Omelete com espinafres, cenoura e atum + salada de folhas + linhaça	Folhas + tomate + chia + empadão de batata doce com carne (almoço de ontem)	Panqueca de banana com aveia + sumo de beterraba e melancia	Omelete com espinafres, cenoura e cogumelos + salada de folhas + chia
Ceia	Frutos secos	Frutos secos	Frutos secos	Frutos secos	Frutos secos	Frutos secos	Frutos secos

É crucial ressaltar que a singularidade de cada indivíduo deve ser sempre considerada. Nesse contexto, é de extrema importância procurar orientação junto de um profissional de saúde especializado em nutrição na fertilidade. A colaboração desse especialista é fundamental para desenvolver uma abordagem nutricional individualizada e altamente eficaz para enfrentar as questões relacionadas com a fertilidade.

O verão é uma estação de descanso e equilíbrio que oferece a oportunidade de preparar o corpo para uma gravidez saudável. Para aqueles que estão a tentar engravidar e enfrentam dificuldades, a atenção à alimentação desempenha um papel crucial. Ao adotar uma abordagem consciente em relação à nutrição e ao estilo de vida, é possível melhorar a saúde hormonal e reprodutiva, aumentando, assim, as chances de uma concepção bem sucedida.



## TESTEMUNHOS

## Olhar os desafios de frente



Sou a Rita, uma especialista em marketing de detergentes sustentáveis. Quando não estou a criar verdadeiros anúncios de limpeza, a minha paixão pela fotografia leva-me a capturar momentos únicos de pessoas a aproveitarem a vida ao máximo.

Exercício físico? O meu corpo e eu nunca fomos os melhores amigos. Quer dizer, quem é que precisa de pesos quando se pode carregar o peso das expectativas alheias, certo? E, já agora, a minha ideia de correr sempre envolve uma linha de chegada com uma pizza ou um fantástico hambúrguer cheio de queijo à minha espera.

Aos 34 anos, o cansaço resolveu fazer um check-in na minha vida diária e eu, que costumava ter energia para dar e vender, comecei a sentir-me mais como uma pilha recarregada a meio gás. Mas não estava à espera do que vinha aí.

Em julho de 2017, fui realizar exames hormonais aos Hospitais da Universidade de Coimbra. Os valores das hormonas FSH (hormona folículo-estimulante) estavam a passear-se confortavelmente a 9.9, como turistas ingleses descontraídos no Algarve.

A LH (hormona luteinizante), essa, mantinha-se tranquila a 4.9, como um condutor que segue a estrada sem se desviar. O estradiol estava a flutuar alegremente a 17, como uma borboleta numa tarde de primavera.

Em novembro, as minhas hormonas resolveram fazer um espetáculo de luzes no palco das análises. A FSH decidiu dar um salto para um galáctico 75, como se tivesse bebido uma bica dupla e estivesse em modo turbo. E a LH, essa, não quis

ficar atrás e fez uma escalada de 4.9 para uns estonteantes 36, como se estivesse numa missão espacial em direção às estrelas hormonais.

Quanto ao estradiol, esse decidiu brilhar como uma estrela de cinema, subindo de um modesto 17 para um impressionante 36, como se estivesse a preparar-se para a sua estreia nos Globos de Ouro hormonais.

Ninguém me avisou, porque a minha médica de família nem viu as análises, de que os meus níveis hormonais estavam a preparar uma festa surpresa.

Decidi ir rumo à Noruega e despedi-me da minha casinha. Deixei para trás um emprego que já fazia parte da mobília e até a gata me lançou um olhar de desaprovação quando a levei para casa da minha mãe.

Com um brilho de esperança nos olhos e uma mala cheia de sonhos, lá fui eu voar até à Noruega, pronta para viver o meu conto de fadas moderno para perto do meu namorado. Mas a realidade, a vida, tinha outros planos para mim. A pessoa que eu imaginava ser o meu parceiro romântico estava mais interessada no trabalho.

De regresso a Portugal, e solteira, entrei num flirt com um amigo de longa data. Ele era da área da saúde, super simpático e inteligente. E, assim, num passe mágico, o nosso flirt emocionante transformou-se num número de ilusionismo digno de Houdini — ele desapareceu. Por vezes, as pessoas desiludem-nos. De um momento para o outro param de responder ou perdem o interesse, como se enfrentassem problemas internos que os impedem de se envolverem. Isso cria-me

uma sensação de incerteza constante, sempre na expectativa de algo mais, mas, por vezes, parece que é melhor não alimentar esperanças nem sentimentos, porque assim fico protegida contra desilusões. E aprendi a lição!

Entretanto, o período teimava em não aparecer, uns quilinhos extra instalaram-se e foi então que tomei a coragem de fazer o meu primeiro teste de gravidez. Por um lado, sentia que algo não estava a bater certo, mas, por outro, ainda segurava uma réstia de esperança de que tudo pudesse estar bem. E, por outro lado, persiste o desejo. Sonhar em estar grávida e imaginar que poderia ser mãe era uma sensação tão reconfortante como um abraço apertado num dia de inverno gelado. Só que não...

Dirigi-me ao centro de reprodução em Coimbra, com o coração na mão. A minha contagem de esperanças estava no vermelho, com a minha antimulleriana a rastejar aos 0.02, um valor que tornava a possibilidade de ser mãe praticamente impossível.

A análise da hormona antimulleriana (AMH) é vital no campo da medicina reprodutiva. Esta análise oferece uma visão precisa da reserva ovariana de uma mulher, sendo uma ferramenta valiosa para avaliar a sua fertilidade. É importante realçar que nem todos os hospitais incluem esta análise de forma rotineira nos seus procedimentos, sendo muitas vezes necessário solicitar expressamente a sua realização. E se eu tivesse sabido destes resultados mais cedo talvez a minha vida pudesse ter levado outro rumo.

## TESTEMUNHOS

A situação era tão dramática que os meus ovários pareciam ter entrado em greve como os comboios da CP, deixando-me sem uma única célula de ovulação. As lágrimas correram livremente durante dias e dias...

Para piorar a situação, a minha irmã, que tem uma diferença de dez anos, estava grávida. Um misto de emoções avassaladoras invadiu-me, deixando-me sem saber como reagir. Por um lado, a alegria transbordava ao pensar que ia ser tia, por outro, um sentimento de desolação crescia ao perceber que a maternidade me estava a escapar para sempre.

No meio de tudo isto, uma coisa ficou clara: a vida tem uma maneira misteriosa de nos desafiar e de nos mostrar que as nossas histórias não seguem sempre o guião que imaginamos. A maternidade pode assumir diversas formas, e talvez o meu papel de mãe esteja destinado a ser vivido de maneira diferente.

*The show must go on, yeah  
Inside my heart is breaking  
My makeup may be flaking  
But my smile, still, stays on...*

Rita Montezuma



# À venda na APFertilidade\*



\*Para comprar envie email para [geral@apfertilidade.org](mailto:geral@apfertilidade.org)

## TESTEMUNHOS

## Perguntem! Questionem! BASTA!



Pensei muito sobre o que escrever como “testemunho”. Pensei se queria escrever a minha história, contar passo a passo o que fiz, o que não fiz, a que médicos e clínicas fui e como é que cheguei ao dia de hoje (neste momento grávida de 6 meses).

Pensei também se queria escrever sobre as regras e empecilhos à volta da procriação medicamente assistida. Há muito por onde pegar...

Mas, no final, cheguei à conclusão de que queria escrever sobre aquilo que eu gostava que alguém me tivesse dito, ou que eu tivesse tido a

capacidade de ouvir, há 4 anos, quando iniciei o meu processo de maternidade.

Num processo de procriação medicamente assistida, achamos muitas vezes que se formos ao médico certo, à clínica certa, tomarmos a medicação certa, comermos as coisas certas, bebermos água, meditarmos todos os dias, não termos stress, visualizarmos o nosso bebé, não contarmos a pessoas invejosas e muitas outras coisas mais que vamos acreditando por puro desespero, que vamos conseguir ter o nosso bebé. E isso não é verdade. Eu até defenderia que tem o efei-

to contrário. Passo a explicar: ao nos definirmos como incubadoras perfeitas, mero hardware cuja única função é gerar vida, estamos a apagar uma parte de nós que essa, sim, é fundamental. A nossa voz.

Não há nada mais importante do que mantermos a nossa voz e, com isso, termos responsabilidade e poder sobre o que está a acontecer à nossa volta e dentro de nós. É fundamental fazermos perguntas, percebemos e decidirmos. Não é por sermos excessivamente agradáveis e não questionarmos muito que vamos engravidar. Um médico é um técnico especializado, não é o guardião que nos dá o nosso bebé se nos portarmos bem.

Muitas vezes senti isso, que se fosse “chata” não me davam o meu bebé. E não há nada mais longe de ser verdade. É fundamental exigirmos das equipas médicas que nos apresentem todos os factos e que nos deixem tomar as decisões que são certas para nós. Não é porque funcionou para 90% das pessoas que funciona para nós e, infelizmente, todas as pessoas que estão num

processo de procriação medicamente assistida já se encontram numa minoria percentual, portanto, as percentagens têm um valor relativo. Não há nada mais frustrante do que depois de uma tentativa falhada nos oferecerem um novo teste. O pensamento é sempre o mesmo: “Porque é que eu não fiz este teste antes?”. Por isso, perguntem! Questionem! “Se não funcionar, o que vamos a seguir? E o que é que nos impede de fazer isso agora mesmo?”.

Eu disse no início que não iria falar sobre o que fiz e o que funcionou para mim, mas, na verdade, vou acabar por o fazer. O que funcionou para mim foi ter dito “BASTA!” e ter encontrado a minha voz. Ter deixado de ser (ou de me sentir) um rato de laboratório de experimentação e ter tomado conta do meu processo de maternidade. Ter exigido explicações, testes, tratamentos. Ter cocriado o meu processo com o meu médico em vez de estar à mercê da estatística. E isso trouxe-me o meu Oliver.

Ana Ferreira

# APFertilidade explica...



O videocast e podcast +Fertilidade Talks continua e, desde a última edição da +Fertilidade Magazine, lançámos mais dois episódios desta iniciativa da APFertilidade, com o apoio da Merck Portugal. Nos dois episódios mais recentes, a (in)fertilidade é analisada e explicada por dois médicos ginecologistas, desde a origem até à ajuda da ciência para chegar ao tão desejado resultado positivo.

No 3.º episódio do +Fertilidade Talks, recebemos Pedro Xavier, Médico Ginecologista e Obstetra, Presidente da Sociedade de Medicina da Reprodução (SPMR) e Membro do Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA). Neste videocast, o especialista explica onde pode estar a origem da infertilidade, como tentar uma gravidez com recurso a tratamentos ou a importância do trabalho conjunto entre médicos e casais. Assista ao episódio completo [aqui](#).



Que tratamento de fertilidade pode ser o mais indicado para um casal? Que análises e exames levam a que se opte pela utilização de uma técnica? Até que se chegue à decisão sobre um tratamento, há um caminho a delinear. No 4.º episódio, Daniela Sobral, ginecologista e obstetra, especializada em Procriação Medicamente Assistida, explica como a ciência ajuda nesse caminho. Como? Veja o episódio completo [aqui](#).



**Os novos episódios vão ser disponibilizados nos próximos meses nas redes sociais, [site](#) e canal de [YouTube da APFertilidade](#).**



# Protocolos



## Eugin

Rua Filipe Hodart, 12, 3000-185 Coimbra

Tel: 239 120 400

Site: <https://www.eugin.pt/>

> 10% de desconto nos tratamentos de PMA consoante a tabela de preços em vigor;

> Descontos não abrangem estudos genéticos.

## Essence Prime Care

Rua Alexandre Herculano, nº 19, 1250-008 Lisboa

Rua Alfredo Lopes Vilaverde, nº 15B, Piso 6, 2770-009 Paço d'Arcos

Tel: 910 573 013

Email: [info@essenceprimecare.com](mailto:info@essenceprimecare.com)

Site: <https://essenceprimecare.com/>

Valores para associados:

> Acupuntura - **36€**

> Massagem de 30 minutos - **36€**

> Massagem de 60 minutos - **54€**

> Massagem de 75 minutos - **63€**

> Massagem de 90 minutos - **72€**



Associação Portuguesa de  
**Fertilidade**

[www.apfertilidade.org](http://www.apfertilidade.org)