

+ Fertilidade

magazine



ARTIGO

Medicina Chinesa,
fertilidade e equilíbrio

APOIO PSICOLÓGICO

Menopausa Precoce, um
abalo antes do tempo

TESTEMUNHOS

No caminho para uma nova
forma de amar



Associação Portuguesa de
Fertilidade

Revista impressa e
distribuída com o apoio da



GEDEON RICHTER
Health is our mission

A large teal abstract shape on the left side of the page, with a thin white curved line that starts from the top left and curves towards the bottom right, partially overlapping the teal shape.

Índice

04

EDITORIAL

14 e 18, os números da APFertilidade na Primavera

06

NOTÍCIAS

12

ARTIGOS

Comunicação, a importância na relação médico-paciente

Medicina Chinesa, fertilidade e equilíbrio

18

INVESTIGAÇÃO

Esperança de medicamento para a endometriose dentro de cinco anos

20

ENTREVISTA

"Temos ainda uma parte da comunidade médica presa a ideias perpetuadas de que ter dores é normal"

24

APOIO PSICOLÓGICO

Menopausa Precoce, um abalo antes do tempo

28

NUTRIÇÃO

Na menopausa é preciso uma nutrição a todos os níveis

30

TESTEMUNHOS

No caminho para uma nova forma de amar

Às tantas, somos tantos...

36

APF EXPLICA...

Vídeo e Podcast: "O que acontece em laboratório?" e "A maternidade para além da genética"

38

PROTOCOLOS

EDITORIAL

14 e 18, os números da APFertilidade na Primavera



Cláudia Vieira
Presidente da APFertilidade

Desde a última edição da +Fertilidade Magazine foram recebidas notícias sobre a Gestaçã de Substituiçã, infelizmente as esperadas e lamentáveis. O Presidente da Repúblic vetou a proposta de regulamentaçã da maternidade de substituiçã, devolveu-a ao Governo e este remeteu uma revisã do documento para o Executivo que acabaria por tomar posse a 2 de abril.

Seis anos depois do chumbo do Tribunal Constitucional a algumas das normas da Lei da Procriaçã Medicamente Assistida, assistimos a um empurrar da questã para caminhos pouco claros e que fragilizam os direitos dos beneficiários e da criançã a nascer. A APFertilidade lamenta que a gestaçã de substituiçã continue neste impasse e continuará a pedir esclarecimentos e soluções para que os casais tenham a resposta que merecem.

Neste número 14 da revista falamos deste entrave e também de menopausa precoce, com

dois artigos, Apoio Psicológico e Nutrição, e endometriose, com uma entrevista a Susana Fonseca, presidente da MulherEndo. Temos ainda a partilha de dois testemunhos em que a coragem e a perseverança têm espaço dominante para que um dia palavras tão aguardadas possam ser ouvidas — mãe e pai.

Voltamos com outra edição já em pleno verão, mas, até lá, estamos à distância de uma visita à Rua de São Bento, de um telefonema ou um email para o que for necessário, ou apenas para nos conhecer. Tem sido assim desde os primeiros dias da APFertilidade e continuou a ser nestes 18 anos, uma maioria que celebramos no próximo dia 20 de maio, dia em que a associação nasceu com ajuda de um grupo de casais que procuravam ajuda e resposta a dúvidas na sua jornada pela fertilidade.

CNPMA critica contínua falta de recursos no Banco Público de Gâmetas

“São precisos recursos para que o Banco Público de Gâmetas tenha alocados os profissionais, os meios humanos e técnicos necessários para fazer esta colheita.” A observação foi feita pela presidente do Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA) quanto à atual situação da Procriação Medicamente Assistida no país.

Carla Rodrigues, que falava no podcast “Como anda a nossa saúde?”, produzido pela Onya Health, sublinhou que o Banco Público de Gâmetas, que tem três centros de recolha a nível nacional, no Porto, Coimbra e Lisboa, continua a não ter capacidade de resposta para as necessidades dos casos de mulheres e casais que chegam ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) e precisam de recorrer a tratamentos com recurso à doação de óvulos ou espermatozóides.

Além de não conseguir responder às listas para tratamento, que no caso de recurso a dâdivas de gâmetas pode chegar a um tempo de espera de três anos, a presidente do CNPMA sublinha a disparidade no número de doações em centros privados e públicos. De acordo com a responsável, em 2021, no privado houve 1022 doações de ovócitos, enquanto no público se ficaram por 27. No caso dos espermatozóides, no privado registaram-se 470 doações e no público 22.

“São precisos, desde logo, recursos para a compensação que é dada aos dadores, e esses recursos não existem. São precisos recursos para que o Banco Público de Gâmetas tenha alocados os profissionais, os meios humanos e técnicos necessários para fazer esta colheita. E não tem”, considera Carla Rodrigues.

Outro dos pontos críticos da Procriação Medicamente Assistida, apontados pela presidente do CNPMA, é a desigualdade geográfica na distribuição da ajuda às mulheres e casais que precisam de acompanhamento médico para conseguirem ter filhos. Atualmente, zonas como o Algarve, Alentejo e Açores não dispõem de qualquer ajuda do SNS, sendo que na zona do Alentejo não há qualquer representação, mesmo a nível privado.

Durante a anterior legislatura foi anunciada a abertura de um centro de fertilidade do SNS no Algarve, mas até aqui não foi dada qualquer informação sobre a situação em que a unidade se encontra. Carla Rodrigues confirma que, até ao momento, não deu entrada no CNPMA qualquer pedido de autorização para abertura de um novo centro público.

Esta ausência de resposta aos beneficiários que residem na zona sul do país tem sido fortemente criticada pela APFertilidade ao longo dos anos, nomeadamente verem-se forçados a procurar ajuda em Lisboa ou mesmo no Porto, em unidades localizadas a várias centenas de quilómetros da sua área de residência.

Gestação de substituição empurrada para novo Governo

A 13 de janeiro deste ano, o site da Presidência da República publicou uma nota a anunciar o veto à proposta de regulamentação da gestação de substituição do ainda em funções Ministério da Saúde. Na explicação sobre a decisão de Marcelo Rebelo de Sousa foi defendido que, “de modo a evitar frustrações futuras, impõe-se proceder à audição do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) e do Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA), sobre a versão final e mais atualizada do diploma, considerando que os pareceres emitidos pelas referidas entidades expressam frontal oposição à proposta de diploma em apreço”.

Conhecido o veto, a proposta de regulamentação foi devolvida ao Governo. Numa reação à decisão presidencial, o então ministro da Saúde, Manuel Pizarro, afirmou que o seu ministério ia “ver se ainda há condições para, nas atuais circunstâncias da legislatura, reapresentar o diploma ou se isso vai ter de ficar para o próximo Governo”. E ficou. A proposta está agora a aguardar que a nova equipa da Saúde ouça o CNPMA e o CNECV, como sugerido pelo Presidente.

Os dois órgãos reagiram sem surpresa ao veto. “O Governo foi confrontado com uma lei difícil, difícil de regulamentar, e optou por lavar as mãos e fazer uma regulamentação mínima”,



NOTÍCIAS

afirmou a presidente do CNPMA, em declarações à TSF. Carla Rodrigues disse acreditar que o próximo Governo venha a ter uma postura diferente. “Tenho a certeza que o próximo Governo tem necessariamente, por uma questão de responsabilidade e de respeito, que pegar nesta lei, regulamentá-la de forma séria, ouvir as entidades competentes, nomeadamente CNPMA, que é a principal entidade competente nesta matéria, acautelar os problemas que esta lei pode trazer e dar respostas, sobretudo às crianças que vierem a nascer”, argumentou a responsável à rádio.

O Conselho de Ética lamentou, por sua vez, que estando em 2024 “ainda não temos regulamentação para um assunto que é francamente necessário e urgente”. A presidente do CNECV,

Maria do Céu Patrão Neves, sublinhou ainda ao jornal Público que em cada uma das três propostas de regulamentação apresentadas pelo anterior Governo ficou por “acautelar devidamente os interesses e direitos quer da criança a nascer, quer da gestante de substituição, quer dos progenitores biológicos”, sendo necessária a existência de um texto “claro e inequívoco” com orientações para profissionais de saúde, que terão de acompanhar o processo, e para os juristas, que terão de redigir o contrato entre os progenitores biológicos e a gestante de substituição.

Até ao fecho desta edição, não havia previsão de quando o CNPMA e o CNECV serão ouvidos ou uma nova proposta de regulamentação será apresentada ao Presidente da República.

15h — 25.05.2024
OCEANÁRIO DE LISBOA

18 anos a
dar Voz

CONVERSAS SOBRE FERTILIDADE

Associação Portuguesa de
Fertilidade

& gravação do podcast **Isso é Psicológico**,
com **João Paulo Sousa**

Reserve já os
seus bilhetes:



[Ticket](#)

CONVERSA 1 A EVOLUÇÃO DA PMA E POSSIBILIDADES



Cláudia Vieira

Membro Fundador e
Presidente da Associação
Portuguesa de Fertilidade



Alberto Barros

Professor Catedrático da
Faculdade de Medicina do
Porto · Director do Centro
de Genética da Reprodução ·
Especialista em Genética
Médica



Maria Carreira

Consultora Atuarial e
Criadora de Conteúdos
Digitais

CONVERSA 2 A LUTA PELA FERTILIDADE



Teresa Almeida Santos

Especialista em Medicina da
Reprodução · Diretora do
Departamento de Ginecologia ·
Obstetrícia · Reprodução e
Neonatalogia do CHUC ·
Coordenadora científica da
Clínica EUGIN Coimbra ·
Professora da Faculdade de
Medicina da Universidade de
Coimbra



Raquel Andrade

Técnica superior numa
instituição de ensino
superior



Sandra Moutinho

Jornalista · Autora dos
livros "Tudo por um Filho"
e "Filhos da Ciência"

CONVERSA 3 A IMPORTÂNCIA DO APOIO PSICOLÓGICO



Débora Monteiro

Atriz e Apresentadora



Ana Pereira

Psicóloga clínica e da Saúde
na Ava Clinic - Centro de
fertilidade de Lisboa · CUF
Sintra - Consulta de apoio à
fertilidade e integra a Rede
de psicólogos da APF



& Gravação do podcast
Isso é Psicológico com

João Paulo Sousa e
Adriana Nascimento

CONVERSA 4 A COMUNICAÇÃO NO CASAL E ENTRE MÉDICO-PACIENTE



Iris Bravo

Assistente Hospitalar
Graduado de Ginecologia
e Obstetrícia do Hospital
Garcia de Orta (HGO)



Ana Pinto Ribeiro

Podcast host Chapéus Há
Muitos · Head of Guest and
Talent Experience Rock in
Rio · Awareness Facilitator -
Working With Satya Method



Cláudia Pinto

Jornalista · Moderadora de
debates · Autora de livros

Bernardo foi um Príncipezinho inesperado para a APFertilidade

Bernardo foi uma das crianças que nasceu com a ajuda da Procriação Medicamente Assistida em 2023. A 20 de janeiro deste ano celebrou o primeiro aniversário, e os pais, Magda e Paulo, quiseram celebrar de uma forma diferente e simbólica com padrinhos, família e amigos, mas também com a APFertilidade.

Numa festa inédita, colorida e animada, com o “Príncipezinho”, o livro de Antoine de Saint-Exupéry, como tema de inspiração, Bernardo foi celebrado como a criança muito amada e muito feliz que é, mas quem recebeu prendas foi a APFertilidade. Isto porque a Magda e o Paulo decidiram realçar a ajuda que receberam durante a sua jornada pela fertilidade e o que continua a ser dado a outros casais com um momento solidário com a associação. Aos convidados foi deixado o apelo de contribuírem com um donativo para a APFerti-

lidade. “Esta é uma causa pela qual ninguém quer dar a cara. Ninguém ou quase ninguém. É uma doença silenciosa que afeta toda a gente, de diversas idades, diversas profissões... Não há classes sociais sequer”, afirmou Paulo ao jornal Sol, sobre as razões da sua iniciativa.

“Queremos mostrar que se as pessoas tiverem a nossa persistência e a nossa determinação, e tiverem as ajudas necessárias, podem conseguir ter filhos como tanto almejam. Para além dos nossos amigos e familiares, tivemos sempre a Associação Portuguesa de Fertilidade do nosso lado”, reforçou.

Obrigado ao Bernardo, Magda e Paulo e a todos os que quiseram ajudar a APFertilidade!



Alunos do secundário desafiados a testar a literacia em Saúde Reprodutiva

Em fevereiro e março, a APFertilidade voltou a levar o tema da (in)fertilidade a turmas do 12.º ano de duas escolas secundárias, uma no Porto e outra em Ermesinde, e a desafiar os jovens a mostrarem o que sabem sobre reprodução medicamente assistida.

A 8 de fevereiro, foi a vez de duas turmas da Escola Secundária de Carolina Michaelis, no Porto, receber a associação para uma apresentação dedicada à literacia em Saúde Reprodutiva e, a 14 de março, estivemos na Escola Básica e Secundária de Ermesinde, onde estivemos com três turmas.

As apresentações às turmas decorreram na disciplina de Biologia e foram dedicadas a informar e sensibilizar os alunos para formas de prevenir a sua fertilidade, através de hábitos de consumo saudáveis e um estilo de vida equilibrado. Mas não só. A APFertilidade, em conjunto com a Noruega, Bulgária e Polónia numa iniciativa de-

envolvida com a Fertility Europe, organização que reúne as associações de fertilidade europeias, desafiam os alunos do ensino secundário a mostrarem o que sabem sobre (in)fertilidade. Como? Através de um jogo.

[Chama-se My FActs e é um jogo educativo](#), composto por 4 cenários com 9 perguntas relacionadas com o tema da fertilidade. Nestes cenários os jogadores são convidados a responder a uma série de perguntas, acompanhadas de explicações detalhadas para cada cenário, sobre saúde reprodutiva e sobre fatores de risco para a fertilidade. Após passar por cada cenário, o jogador pode ver quantas estrelas ganhou e pode comparar a sua pontuação com as alcançadas por outros jovens em toda a Europa.

Ajude-nos a partilhar esta iniciativa e desafie adolescentes que conheça a jogar o My FActs ([Partilha o FActs! - My FActs! My Future](#))



ARTIGOS

Comunicação, a importância na relação médico-paciente



Teresa Almeida Santos
Médica e coordenadora científica
da Clínica Eugin

O contexto da infertilidade acarreta diversos desafios associados a uma sobrecarga a nível psicológico e físico, e que têm impacto ao nível da saúde e qualidade de vida dos pacientes.

Perante um diagnóstico de infertilidade, o processo de tomada de decisão sobre os possíveis tratamentos e os passos a seguir devem ser informados e partilhados entre o médico especialista e os pacientes. Um elemento-chave neste processo é a comunicação eficaz e eficiente entre os vários elementos.

No entanto, podem surgir alguns desafios no estabelecimento desta comunicação, uma vez que médico e pacientes podem colocar o seu foco em aspetos diferentes. Neste sentido, a atenção do profissional de saúde pode estar naquilo que são os resultados, enquanto os pacientes se centram nas suas próprias necessidades e experiências individuais.

A comunicação médico-paciente desempenha um papel central nos cuidados de saúde e está relacionada com o estabelecimento de uma boa relação terapêutica. Esta comunicação engloba competências verbais, não verbais e afetivas. Os pacientes valorizam aspetos como a compreensão, atenção e empatia. Por outro lado, a disponibilização de informação adaptada às idiosincrasias dos doentes, acessibilidade, e a abertura por parte do médico para que possam partilhar e discutir as suas preocupações pessoais, relacionadas ou não com o diagnóstico ou tratamentos, aumentam a sua satisfação. Assim, um equilíbrio entre a competência técnica (e.g., dar informação, definir diagnósticos) e interpessoal (e.g., empatia) promove uma melhor perceção da saúde e bem-estar dos doentes.

A melhoria na qualidade da comunicação médico-paciente está relacionada com resultados mais positivos em termos de indicadores médicos, adesão aos tratamentos, ajustamento psicossocial e na promoção de sentimentos de esperança. Mas esta relação não é unidirecional,

isto é, a perceção do impacto positivo nos próprios pacientes promove níveis mais elevados de satisfação nos profissionais de saúde.

Relacionado com esta comunicação médico-paciente surge outro conceito importante no contexto da infertilidade: o cuidado centrado no paciente. Neste sentido, os pacientes valorizam a prestação dos cuidados tendo por base o respeito pelas suas necessidades, preferências e valores. Este cuidado centrado no paciente tem por base o domínio organizacional (e.g., informação, competência, coordenação, acessibilidade, consistência e conforto físico), como também com fatores humanos (e.g., atitude e relação da equipa, comunicação, privacidade e apoio). Desta forma, o cuidado centrado no paciente não deve cingir-se à relação médico-paciente, mas ser transversal a toda a equipa (e.g., enfermeiros, embriologistas, psicólogos) envolvida nos tratamentos.

Neste sentido, deve ser priorizada uma abordagem centrada no paciente e na promoção do seu bem-estar na prestação de cuidados no contexto da infertilidade.



ARTIGOS

Medicina Chinesa, fertilidade e equilíbrio



Teresa Charrua
Especialista em Medicina Chinesa

A Medicina Tradicional Chinesa (MTC) é uma ferramenta eficaz para ajudar os casais que nos procuram, seja de forma isolada como em simultâneo com tratamentos de procriação medicamente assistida, capaz de aumentar a taxa de gravidez clínica em 42,5%, e isso é comprovado por diversos artigos científicos sobre o tema, [como o artigo publicado](#) em 2002, pelo departa-

mento de Medicina de Reprodução, do Instituto Christian-Lauritzen.

Benefícios da Acupunctura na fertilidade

A acupunctura actua no eixo hipotálamo – hipófise – ovário, equilibrando a secreção destas hormonas, o que justifica a acção de regularização do ciclo menstrual, reduz processos inflamatórios, aumenta o fluxo sanguíneo, o aporte de oxigénio e nutrientes para o útero, ovários e sistema reprodutor masculino. Também potencia a vascularização uterina para o crescimento adequado do endométrio – factor importante para uma boa implantação do embrião, diminuindo as contracções uterinas e a probabilidade de aborto espontâneo — e melhora a qualidade dos óvulos; assim como a qualidade, quantidade e motilidade de espermatozóides.

Para além disso, a acupunctura, através da libertação de beta endorfinas e outros neurotransmissores, diminui a ansiedade e o stress, emoções muito frequentes no que diz respeito à incerteza da fertilidade. Relativamente às técnicas de reprodução assistida, como a Fertilização



in Vitro (FIV), são vários os estudos que comprovam que a acupuntura apoia e aumenta a taxa de sucesso dos mesmos e minimiza os efeitos secundários que podem surgir causados pela medicação, como inchaço, retenção de líquidos, obstipação, suores nocturnos, insónia e labilidade emocional.

Consulta e tratamentos

A MTC tem uma forma particular de ver o corpo como um todo. Na consulta é feita uma anamnese bem detalhada, recolhendo o histórico clínico, sinais e sintomas, exames médicos, observação da língua e do pulso para perceber o que está em desequilíbrio e assim definir quais as estratégias a usar de forma individualizada. Da mesma maneira que existe uma combinação de pontos para cada caso e não um só ponto para a fertilidade, também existe um conjunto de estratégias que, tanto eu como a minha equipa, usamos, segundo a visão da MTC e de acordo com as

necessidades de cada caso, que podem ir desde acupuntura, fitoterapia, orientações dietéticas, orientações sobre o estilo de vida, florais de Bach e aromaterapia.

Uma das perguntas mais frequentes é sobre a periodicidade e quantidade de tratamentos necessários para engravidar, tanto de forma natural, como para fazer transferência de embrião criopreservado (TEC). O número de tratamentos é um factor potencialmente influente — o trabalho antes e pós transferência é muitíssimo relevante — e existem protocolos específicos para cada fase que foram estudados, demonstrando a sua eficácia, mas o nosso trabalho deve começar muito antes disso, preferencialmente 3 meses antes, idealmente 3 a 6 meses antes. Relativamente à periodicidade de tratamentos de acupuntura, podem ser uma vez por semana ou duas vezes por semana, dependendo das necessidades de

ARTIGOS

cada paciente. No entanto, aquando início da estimulação hormonal num tratamento de reprodução assistida, as sessões são feitas duas a três vezes por semana até realização do exame de sangue para confirmação de gravidez.

“Trabalhar com fertilidade só faz sentido se for de forma complementar e multidisciplinar”

Trabalhar com fertilidade só faz sentido se for de forma complementar e multidisciplinar, não me refiro apenas às nossas variadas estratégias, mas também ao recurso a outros profissionais de saúde, sempre que necessário, para que os pacientes possam ter o melhor acompanhamento possível.

Quando procurar a Medicina Chinesa para fertilidade

A Medicina Chinesa e as suas diferentes técnicas podem colaborar muito com todo o processo, muitas vezes resolvendo a questão quando procurada previamente — aqui relembro a importância de quanto mais cedo começar maior a taxa de resultados favoráveis. Este trabalho especializado da Medicina Chinesa contribui tanto em casais que não têm nenhum diagnóstico de infertilidade, como para os que têm desarmonias que podem atrapalhar o processo de terem o seu bebé no colo. No caso das mulheres, falamos de questões, como por exemplo, a endometriose e adenomiose, ovários poliquísticos, miomas uterinos, ciclo menstrual irregular, menstruação abundante, escassa ou perdas a meio do ciclo, ausência de muco cervical, anovulação, amenorreia, alterações hormonais, menopausa precoce, obstrução

das trompas, abortos de repetição e alterações na microbiota uterina. Já nas desarmonias que envolvem a infertilidade masculina falamos de alterações na qualidade, quantidade e motilidade do espermatozoides e fragmentação de DNA espermático. Não excluindo, claro, a colaboração para a otimização dos tratamentos de reprodução assistida, acompanhado cada fase do tratamento.

Como referido, este é um trabalho especializado dentro da Medicina Chinesa com a evolução e inovação no que diz respeito à infertilidade, por isso, temos de estar em constante actualização. Sugiro que, aquando da procura do profissional de Medicina Chinesa, tenha em atenção a especialidade do mesmo nesta área.

Factores emocionais afetam a fertilidade e como a Medicina Chinesa pode ajudar

Para a maioria dos casais que passam pelos vários processos, desde os testes aos tratamentos, até conseguirem a gravidez, o desgaste emocional é enorme, o que faz com que seja uma das causas para a baixa fertilidade, uma vez que as mágoas e frustrações que carregam acabam por ter repercussão no sistema reprodutor.

Inúmeras são as investigações que comprovam que a acupunctura também se torna uma forte aliada nestes casos, por conseguir sincronizar o organismo e harmonizar a mente, regulando a libertação de neurotransmissores (como por exemplo: serotonina, noradrenalina, endorfina...), que diminuem a resposta fisiológica ao stress.

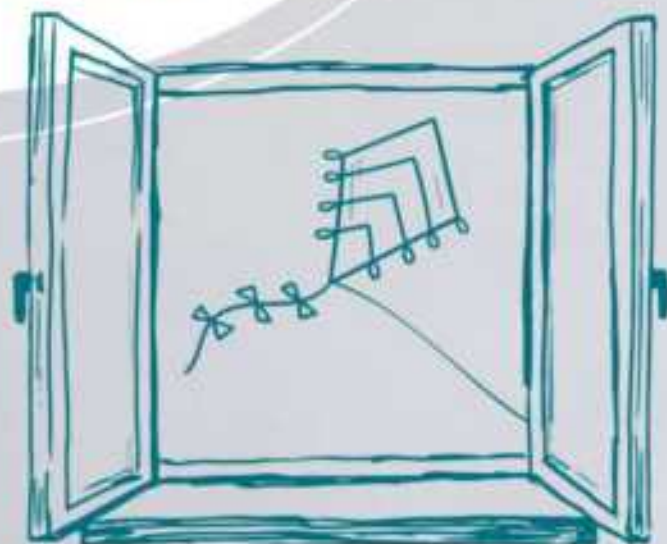
Para além da medicina dos olhos do ocidente — a acupunctura —, existem outras ferramentas de que dispomos para ajudar os casais a enfrentar os desafios e encontrar o equilíbrio emocional durante a jornada da fertilidade, como é o caso da fitoterapia, os florais de Bach, a aromaterapia e os exercícios de respiração.

Autora não escreve segundo o Novo Acordo Ortográfico

CONSIGNAR O SEU IRS À APFERTILIDADE É AJUDAR A DESENHAR UM NOVO FUTURO!

NIF **507 724 216**

Doe 0,5% do seu IRS já
liquidado, sem custos para si.



Clique [aqui](#) para saber mais

- **Preencha o quadro 11** – Consignação de 0,5% do IRS do modelo 3
- **Selecione o Campo 1101** – Instituições Particulares de Solidariedade Social ou Pessoas Coletivas de Utilidade Pública
- **Selecione a opção IRS**
- **Coloque o NIF 507 724 216** – Associação Portuguesa de Fertilidade



Associação Portuguesa de
Fertilidade

INVESTIGAÇÃO

Esperança de medicamento para a endometriose dentro de cinco anos

Endométrio. De uma forma simples, é o tecido que preenche as paredes internas do útero, na qual o embrião se vai implantar, após a fecundação, e se desenvolver durante a gravidez. Se a mulher estiver num ciclo menstrual, torna-se mais espesso para se preparar para receber o embrião, mas caso não haja fecundação é eliminado e surge a menstruação. O seu funcionamento tem, assim, uma enorme importância na fertilidade feminina.

Endometriose. Doença que acontece quando o tecido que reveste as paredes internas do útero se desenvolve fora deste órgão, para os ovários, trompas de Falópio ou bexiga, por razões ainda difíceis de definir. A fertilidade fica comprometida e surgem sintomas que podem interferir duramente no bem-estar da mulher. Estima-se que afete uma em cada dez mulheres em idade reprodutiva (perto de 350 mil em Portugal), e leve, em média, oito ou mais anos a ser diagnosticada.

Encontrar uma cura tem sido difícil para a doença, tal como descobrir uma medicação que resulte, além da pílula e medicamentos para atenuar a dor, e chegar atempadamente a um diagnóstico. Muitas vezes, os sintomas que lhe são

associados, como as dores fortes e incapacitantes, tendem a ser desvalorizados pelos médicos, o que atrasa o processo de acompanhamento devido e leva a que sejam tomadas medidas mais drásticas para a controlar, como a cirurgia.

Andrew Horne, professor de Ginecologia e Ciências da Reprodução da Universidade de Edimburgo e presidente da Sociedade Mundial de Endometriose, considera que na base do atraso em conseguir respostas contra a doença está a falta de investigação e consciencialização, devido à falta de financiamento destas áreas. “Os problemas de saúde das mulheres têm sido historicamente subvalorizados e subfinanciados”, sublinhou Horne à revista *The Economist*.

Porém, segundo o especialista, algo está a mudar, com o desenvolvimento de uma investigação iniciada em 2023, na qual está diretamente envolvido, e que pode abrir caminho a um tratamento à base de dicloroacetato (DCA). De acordo com Horne, a substância, já utilizada em certas doenças metabólicas ou em terapias contra o cancro, foi utilizada num ensaio clínico para aquele que se pretende que seja o primeiro tratamento não hormonal e não cirúrgico contra a endometriose.



O recurso ao DCA aconteceu depois de terem sido realizados exames mais detalhados para analisar como as lesões de endometriose se formam.

Nesses exames, a equipa recolheu amostras de lesões durante laparoscopias a um grupo de pacientes. Nas que apresentavam endometriose peritoneal, ou seja, lesões na camada que reveste os órgãos abdominais e pélvicos, como estômago, bexiga, intestino e reto, foram detetados níveis mais significativos de lactado na zona da pelve do que nas mulheres que não tinham esse tipo de endometriose. O lactato é o resultado da transformação da glicose em energia para as células quando não há quantidade suficiente de oxigénio. Para a equipa de investigadores, a existência elevada de lactado poderia estar relacionada com o desenvolvimento das lesões, tal como ocorre quando a substância ajuda à proliferação de células cancerígenas. Foi essa ligação que levou os investigadores a procurarem medicamentos que tivessem já sido usados em doentes com cancro, e acabaram por chegar ao dicloroacetato.

Da amostra de pacientes analisada, a equipa medicou um pequeno grupo com dicloroacetato. Entre estas mulheres, houve quem tivesse indicado que tinha sentido menos dores e que a sua qualidade de vida tinha melhorado. O próximo passo na investigação é aumentar o número de pacientes testadas, incluindo, um grupo que irá apenas tomar medicamento placebo.

Caso as investigações continuem a mostrar resultados positivos entre um maior número de doentes com endometriose, Horne e a sua equipa admitem que aquele que é o primeiro medicamento contra a doença em 40 anos possa estar disponível entre 2029 ou 2031.

“Ainda há um problema — e detesto dizê-lo — com questões de saúde que só afetam as mulheres”, lamenta Andrew Horne, sublinhando que a investigação à endometriose está “30 a 40 anos atrasada” quando comparada com outras doenças, como a diabetes. A investigação em que participa pretende ser um importante contributo para inverter a situação do combate à doença.

ENTREVISTA

“Temos ainda uma parte da comunidade médica presa a ideias perpetuadas de que ter dores é normal”

Estima-se que 350 mulheres em Portugal sofram desta doença e Susana Fonseca é uma delas. Fundadora e presidente da MulherEndo, a Associação Portuguesa de Apoio a Mulheres com Endometriose, conhece na primeira pessoa sintomas, dificuldades e barreiras quando se está perante uma doença que pode levar oito anos a diagnosticar, cuja sintomatologia é tantas vezes desvalorizada e que ainda necessita de um trabalho de sensibilização e informação junto da comunidade médica e da sociedade. À +Fertilidade Magazine, Susana Fonseca diz que os passos para melhorar já começaram a ser dados e que são reforçados a cada iniciativa da MulherEndo.



+Fertilidade Magazine: Como é lidar com a endometriose, uma doença que pode debilitar a qualidade de vida da mulher?

Susana Fonseca: Viver com uma doença como a endometriose não é algo linear ao longo do tempo. Quando ainda não há um diagnóstico efetivo, para além de sintomas que não têm um nome, há uma ausência de tratamento e, em muitos casos, isso causa um impacto gritante a nível físico e emocional. Quando as doentes já têm um diagnóstico efetivado, há fases em que quase é possível esquecer que temos a patologia, mas há outros momentos em que a sintomatologia se faz sentir de forma exuberante e nos impede de realizar as tarefas mais básicas do dia a dia.

Gosto sempre de ressaltar que o importante é, após o diagnóstico, conhecer a doença o melhor possível e perceber que, a par da medicina convencional, há outras áreas de extrema importância que nos permitem melhorar o nosso dia a dia, nomeadamente a Nutrição, a Fisioterapia do Pavimento Pélvico e a Psicologia. Cada doente é única e, por isso, as suas necessidades também são individuais. Quando conseguimos encontrar um ponto de equilíbrio e estabilidade física no controlo da doença, é possível melhorar muito a nossa qualidade de vida.

ENTREVISTA

+Fertilidade Magazine: Existe consciência sobre a existência da doença, mesmo nas Unidades de Saúde Familiar, ou acha que ainda é uma doença negligenciada, difícil de diagnosticar e de referenciar entre médicos?

Susana Fonseca: Cada vez há mais profissionais de saúde informados, acreditamos que também por todo o trabalho que temos vindo a desenvolver nos últimos dez anos, em diversos canais de comunicação, mas sabemos que há ainda um caminho longo a percorrer. O desconhecimento e desvalorização da sintomatologia culminam na dificuldade de obtenção de um diagnóstico, que poderia ser iniciado nas Unidades de Saúde Familiar. Para o combater, temos procurado desenvolver sessões de sensibilização nas unidades de saúde, mas de uma forma ainda muito residual, por falta de abertura das mesmas para a temática. Sabemos ainda que os constrangimentos atuais vividos no que diz respeito ao Serviço Nacional de Saúde também não ajudam numa patologia que, ao ser ainda desconhecida, acaba por ficar para trás quando há tantas outras mais conhecidas pela sociedade em geral e pela comunidade médica em particular.

+Fertilidade Magazine: Quais são as principais dificuldades que as pacientes sentem e fazem chegar à MulherEndo?

Susana Fonseca: Uma primeira grande dificuldade é encontrar um médico que as ouça e valorize as suas queixas, levando a atrasos de anos na obtenção de um diagnóstico e consequente ajuda. Temos ainda uma parte da comunidade médica presa a ideias perpetuadas de que ter dores é normal, levando à prescrição generalizada da pílula ou mesmo de uma gravidez, como se fossem a solução, sem procurarem uma causa, sem considerarem que ter dores incapacitantes não é normal e que este tipo de dor é um sinal de alerta. Depois, sem dúvida que outra dificuldade muito prevalente é a falta de acesso a um médico diferenciado, não só por serem poucos num país onde cerca de 350 mil mulheres terão a patologia, como pelo facto de a grande maioria se concentrar no sistema privado de saúde, ficando este acesso vedado a quem não tenha um seguro de saúde. É uma doença que exige consultas regulares, exames, como ecografia pélvica, ressonância magnética, colonoscopia e outros, e possíveis cirurgias, para além de todas as áreas multidisciplinares necessárias no tratamento, pelo que os gastos com as mesmas são tremendamente elevados e não estão acessíveis a uma grande parte da população.

+Fertilidade Magazine: É possível identificar melhorias nos cuidados e aconselhamento médicos e na empatia da sociedade para quem sofre da doença?

Susana Fonseca: Por estar mais informada e mais atenta à existência da patologia e das suas consequências notamos que, com o passar dos anos, há uma maior empatia, tanto de profissionais de saúde como da sociedade em geral, para com as doentes. Contudo, sabemos que há ainda um longo caminho a percorrer neste sentido!

+Fertilidade Magazine: Que aposta está a ser feita pela MulherEndo para aumentar a literacia sobre a doença? Que outros projetos estão previstos para breve por parte da associação?

Susana Fonseca: Temos alguns projetos no terreno que vão ao encontro desta perspetiva de potenciar a literacia, algo que sabemos ser fundamental, porque uma sociedade mais informada é mais ativa na procura de ajuda e de respostas. Assim, desde sessões de sensibilização que desenvolvemos regularmente em escolas, universidades, várias empresas, organismos como bibliotecas e ainda Unidades de Saúde Familiar, ministradas por uma equipa de formadoras devidamente certificadas, à nossa Masterclass, desenvolvida a pensar nas pacientes e onde, no decorrer de várias sessões, passamos vários conteúdos informativos, um e-book sobre a doença e também dicas de como viver melhor com a mes-

ma. Paralelamente, desenvolvemos mensalmente sessões online para as nossas associadas, com conteúdos pertinentes e com a participação de profissionais de áreas variadas, desde ginecologistas diferenciados, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e outros, como medicina tradicional chinesa, terapeutas sexuais, etc.

A participação em diversos canais de comunicação (redes sociais, podcasts, participação em programas televisivos e artigos para revistas e jornais) é também uma forma de passarmos a mensagem e de chegarmos a um público mais generalizado que importa informar, assim como a realização da nossa EndoMarcha, um evento anual e de cariz internacional, que congrega a participação de pacientes, famílias, profissionais, num dia que se pretende de muita partilha, mas também de sensibilização. Este ano, optámos por fazer em moldes diferentes dos habituais, exatamente porque quisemos apostar num dia de informação para que cada paciente saia mais rica e mais consciente do caminho a seguir.

Para o futuro temos preparados alguns projetos dos quais esperamos poder falar muito em breve, envolvendo decisores políticos e dando, assim, continuação ao trabalho iniciado em 2022 com a nossa Petição Pública para a criação de uma Estratégia Nacional para a Endometriose e Adenomiose. A par de uma sociedade mais informada, precisamos de um programa curricular nos cursos de Medicina atualizado, e de respostas adequadas no Serviço Nacional de Saúde e será para isso que trabalharemos futuramente.

APOIO PSICOLÓGICO

Menopausa Precoce, um abalo antes do tempo



Filipa Santos
Psicóloga Clínica

A menopausa ocorre em média entre os 45 e os 55 anos. A menopausa precoce (MP) é uma condição médica na qual os ovários deixam de funcionar corretamente antes dos 40 anos de idade. Estima-se que a MP afeta 1 em cada 100 mulheres antes dos 40 anos e 1 em cada 1000 mulheres antes dos 30 anos. Mulheres com uma falência ovárica precoce podem ter ciclos menstruais irregulares e

podem eventualmente conseguir engravidar. Uma mulher com MP deixa de ter menstruação e já não consegue engravidar naturalmente.

É fundamental que todas as mulheres possam ter acesso a informação individualizada acerca da sua fertilidade, de forma a poderem ir ao encontro do seu projeto reprodutivo. No contexto de baixa reserva ovárica ou adiamento da maternidade, a opção de vitrificar ovócitos poderá ser algo a ponderar. Uma mulher com menos de 40 anos, que note uma irregularidade nos seus ciclos menstruais ou que deixe de ter menstruação, deve procurar ajuda médica para identificar a causa desta alteração. Qualquer mulher entre os 30 e os 35 anos deve ter acesso a informação acerca da sua fertilidade e das opções existentes, para que possa tomar decisões informadas e refletidas acerca do seu projeto reprodutivo.

Quando é feito o diagnóstico de MP, é relativamente comum surgirem sentimentos de choque, zanga, tristeza ou ansiedade. Muitas vezes é um diagnóstico inesperado e que coloca a mulher



num lugar de muitas incertezas e procura de respostas, tanto relativamente ao que terá levado à MP, como quanto às implicações futuras. A MP é associada a uma perda da capacidade de conceber uma criança — infertilidade. Esta perda pode ser bastante significativa para as pessoas que veem o seu projeto reprodutivo interrompido, seja porque ainda não têm filhos (e desejam ter), seja porque desejam ter mais filhos e sentem que a sua família ainda não está completa. Este tema é particularmente relevante por ser algo que muitas mulheres desejam e projetam para as suas vidas, mas sobretudo num contexto social em que as mulheres cada vez mais adiam a maternidade, seja por questões educacionais ou profissionais, financeiras ou de relação.

Para algumas mulheres, a fertilidade está diretamente relacionada com o seu sentido de identidade e valorização pessoal. Nestes casos, o diagnóstico de MP pode também ter um impacto grande a nível da identidade e da autoestima, gerando sentimentos de inadequação ou de falha na forma como estas mulheres se percecionam. A nível emocional, são comuns os sentimentos de perda, desânimo e tristeza. Para além destes sentimentos, poderão ainda ser exacerbadas as mudanças de humor, a irritabilidade ou a sintomatologia depressiva ou ansiosa.

Para além destas alterações a nível do humor, com a MP pode ainda surgir um aumento de peso, alterações hormonais, afrontamentos, suores noturnos, secura vaginal, dor durante as

APOIO PSICOLÓGICO

relações sexuais, diminuição da libido, perturbações do sono, dificuldades de concentração, ou baixa dos níveis de energia. Tudo isto pode ter um impacto na imagem corporal assim como na autoconfiança, levando por vezes a sentimentos de insatisfação com a aparência física que levam a um maior isolamento social ou a dificuldades a nível dos relacionamentos.

Algumas destas mulheres poderão ter de recorrer a tratamentos de procriação medicamente assistida (PMA) para conseguirem engravidar, nomeadamente com recurso a doação de óvulos. Para a maioria, este tema é algo que nunca tinham ponderado antes e que gera muitas dúvidas e medos quando se projetam no futuro. Nestes casos, é fundamental procurar um especialista em saúde reprodutiva com quem possam discutir as opções reprodutivas e de tratamento.

A combinação de infertilidade, sintomas físicos, baixa de energia, baixa autoestima e variações de humor podem ter um impacto negativo na vida sexual da pessoa e também na sua conjugalidade. É importante que o casal discuta o que

“O diagnóstico de MP pode também ter um impacto grande a nível da identidade e da autoestima”



sente e as preocupações que daí advêm de uma forma aberta e honesta, abordando os sentimentos, medos e necessidades de cada um. É muito importante ajudarmos as mulheres a sentirem que podem abordar este tema sem tabus nos seus diferentes contextos relacionais.

É fundamental para quem experiencia a MP identificar e lidar com o impacto psicológico do que está a acontecer. Procurar apoio junto de amigos ou familiares próximos, grupos ou associações permite partilhar a vivência com pessoas que consigam compreender, validar e confortar. Quando a sobrecarga emocional associada à MP se torna excessiva é importante considerar a possibilidade de fazer terapia ou aconselhamento psicológico para aprender estratégias de *coping* eficazes para lidar com este desafio.

“É fundamental que todas as mulheres possam ter acesso a informação individualizada acerca da sua fertilidade”

Cuidar do seu bem-estar físico e emocional através de atividades de autocuidado, mantendo um estilo de vida saudável, ter uma boa rotina do sono, praticar relaxamento físico, técnicas de respiração e meditação e envolver-se em atividades que promovam o bem-estar são alguns exemplos de comportamentos a adotar. Manter o foco nos aspetos da vida que se podem controlar e nas oportunidades de desenvolvimento e valorização pessoal que existem é uma postura a potenciar.

Lidar com a MP é um caminho que pode ser desafiante e ao longo do qual é necessário procurar ajuda profissional, de forma a promover uma melhor adaptação ao diagnóstico, seja a nível emocional, seja a nível físico. A mulher não pode ser definida pela sua fertilidade.

NUTRIÇÃO

Na menopausa é preciso uma nutrição a todos os níveis



Ana Bravo
Nutricionista

A menopausa decorre com o término do funcionamento dos ovários, que deixam de produzir as suas hormonas: progesterona e estrogénios. O declínio da produção de estrogénios desencadeia sintomas, cuja descrição difere de mulher para mulher. Falemos dos mais comuns.

Nesta nova etapa da vida, grande parte das mulheres nota uma redistribuição da gordura corporal, normalmente com intensificação da gordura abdominal. Esta é a gordura com maior probabilidade de risco cardiovascular, até porque deixa de existir no corpo a protecção antes conferida pelos estrogénios. É também nesta altura que se intensifica o risco de osteoporose e, muitas vezes, há um aumento do «mau colesterol», acompanhado do decréscimo do «bom colesterol». Por todos estes motivos, aos quais muitas vezes se associa o baixo grau de energia, a irritabilidade e a ansiedade, faz sentido ter cuidados alimentares acrescidos.

Os principais conselhos práticos são: evitar comida hipercalórica e praticar exercício físico (preferencialmente aquele de que mais gostar)!

Na verdade, somos um todo, não “apenas a parte biológica, fisiológica”, o bem-estar emocional é fundamental e mais ainda quando a menopausa vem precocemente. Assim, precisamos de uma nutrição a todos os níveis, como o físico e o emocional.

Começemos por nos nutrirmos de dentro para fora, abraçando-nos (podemos passar 5 minutos por dia escutando-nos, ouvindo a nossa respiração, ouvindo uma música calma sem outro foco de atenção que não nós mesmos, meditando...) e, então, passemos à também tão importante nutrição de fora para dentro. Ambas em simultâneo, de mãos dadas, funcionam perfeitamente para o equilíbrio que merecemos.

No que respeita à alimentação, deixo algumas recomendações que poderão ajudar nesta etapa:

- Uma boa ingestão de fibras solúveis, que ajudam a reduzir os valores de colesterol – fruta, hortícolas, sementes, leguminosas;

- Um aporte adequado de cálcio, vitamina D, vitamina K e magnésio, para proteger os ossos – iogurtes, queijo, amêndoas, gema de ovo, pescado gordo, espinafres, brócolos, espargos, repolho, linguado, feijão, arroz integral;

- As opiniões diferem quanto aos benefícios dos estrogénios vegetais, como os da soja

ou das sementes de linhaça. As isoflavonas de soja, por exemplo, poderão “compensar” a função dos estrogénios, actuando a vários níveis no organismo, nomeadamente na saúde óssea, circulatória e no sistema nervoso central.

Outras dicas muito importantes:

- Racionar refeições;

- Procurar ter em cada refeição ou merenda alimentos ricos em fibra e/ou em proteína, de forma a prolongar a saciedade;

- Evitar produtos processados, optando pelos alimentos no seu estado mais puro. Os hortofrutícolas são o melhor exemplo e a sua riqueza em antioxidantes destaca-se nesta etapa da vida.

Assim, resumindo, devem constar na alimentação, diariamente:

- Proteínas;
- Cereais integrais, leguminosas, frutos oleaginosos;
- Hortofrutícolas variados.
- “Alimentos especiais”, cujo consumo devemos aumentar:

- Espinafres e brócolos – fibra solúvel, cálcio, magnésio e vitamina K;

- Feijão branco – fibra, cálcio, magnésio;

- Laranja – fibra, cálcio, magnésio;

- Sementes de linhaça – fitoestrogénios.

Em SOS:

- Chocolate negro (sem açúcar).



TESTEMUNHOS

No caminho para uma nova forma de amar

A minha história é a de um plano de maternidade independente, ou seja, a tentativa de ter uma filha ou um filho sozinha, sem um companheiro ou companheira, com recurso a dador anónimo.

Chamo-me Clara Riso, tenho 44 anos, sou diretora da Casa Fernando Pessoa, museu de literatura situado em Lisboa. Estou há três anos e meio a fazer tratamentos para engravidar. Até agora, sem sucesso.

Quando, em meados de 2022, recebi a notícia de que mais uma vez os tratamentos tinham fracassado, fiquei num estado de grande desconcerto. Não sabia o que fazer para sair do lugar profundamente triste para onde me tinha levado o desgaste físico e psíquico que estes processos provocam sempre. Não tinha coragem para voltar a tentar e não tinha coragem para desistir. Sentia-me sozinha, mesmo quando não estava.

Acordava diariamente com uma voz interior cruel que me dizia que eu era “velha e ridícula” por ter achado que a maternidade ainda podia estar ao meu alcance.

Com o tempo, essa voz calou-se e hoje sinto-me muito mais pacificada. Esta é uma das partes boas da minha história: os piores momentos ficaram para trás. Mas há mais.

Tenho um plano de maternidade independente. Mas é um plano de maternidade independente muito bem acompanhado. Tenho um problema de infertilidade. Mas a infertilidade não me impediu de ter família.

Não desejei ter filhos cedo. Sempre achei que os teria, mas avancei pelos 30 anos sem decidir formar família biológica. Aos 27 “ganhei” dois “filhos” alemães, com 8 e 9 anos, um rapaz e uma rapariga. Hoje têm 24 e 25, e a minha enteada



tem uma filha com quase 3 anos que me chama “avó”. Mesmo depois de me separar do pai deles, mantive com os meus enteados uma relação muito próxima e cheia de afeto – provando que ser madrasta pode ser um laço de parentesco maravilhoso, ao contrário do que conta a tradição.

Pensei que ia encontrar uma pessoa e que iria a tempo. Mas não foi assim: cheguei aos 40 anos, essa pessoa não surgiu, e então decidi avançar sozinha, depois de resolver as questões éticas que a maternidade independente me causava nos primeiros tempos. Posso fazer isto? É justo para a futura criança? Entendi que sim, que seria uma família menos convencional, seria a minha família, e eu tinha esse amor para dar.

Quase ao mesmo tempo que tomei esta decisão, conheci o meu companheiro. Tem um filho, agora com 11 anos, e decididamente não quer ter mais. Desde o início, essas cartas estavam na mesa: eu queria ter filhos, ele não. Com o passar do tempo e com os meus fracassos sucessivos, o que inicialmente era racionalmente compreensível passou a ser um desencontro grave e fundo na nossa vida de casal. Não foi nada fácil, mas conseguimos aceitar que, afinal, esse desencontro não correspondia a falta de amor, e que valia a pena cuidar dessa tristeza para podermos ficar juntos.

Hoje, estamos numa das melhores fases do nosso namoro. Com o meu enteado, a relação já é de confiança e carinho: temos as nossas rotinas, boas memórias de férias e conversas alegres ao jantar.

Por outro lado, a minha enteada e a minha neta (e o meu genro) mudaram-se para Lisboa, escolheram Portugal como país de acolhimento, e vemo-nos com muita frequência.

Assim, não é raro estarmos todos juntos. Acederam com gosto a fazer as fotos que aqui publicamos. Sabem que se destinam à revista da APFertilidade, conhecem bem o meu percurso. O fotógrafo, por sua vez, é o meu companheiro que, desta forma, acaba por também constar na foto.

Nos piores momentos deste processo, ajudou-me muito ficar em contacto com uma pessoa que tinha tido uma experiência parecida com a minha, e que ia à minha frente no trabalho de recuperação. Para além disso, fui e sou acompanhada por uma psicóloga e, numa fase de maior dificuldade, fui medicada. A minha família, as minhas amigas e amigos e as minhas colegas de trabalho foram um grande apoio, mesmo quando não souberam o que dizer.

Há pouco tempo participei no Programa Baseado no Mindfulness para a Infertilidade, organizado pela APFertilidade, e foi uma experiência muito boa: pude ouvir e falar com outras mulheres que passam por situações semelhantes, percebi que nos podemos treinar mentalmente para acalmar a ansiedade e a cuidar da tristeza.

Decidi tentar novamente. Uma última tentativa, sabendo que as minhas hipóteses não são altas. Acredito que depois, seja qual for o desfecho, sentirei que fiz o meu melhor. Se não resultar, terei novamente de recuperar, lembrar-me de que sou uma madrasta com sorte, rodeada de filhos de outras pessoas que são também meus e com um companheiro que é o certo. Se, por fim, esta tentativa resultar, poderei então juntar mais uma criança ao grupo, ouvir uma pessoa chamar-me “mãe” e experimentar uma nova forma de amar.

Clara Riso

TESTEMUNHOS

Às tantas, somos tantos...

Ainda hoje me lembro do que senti quando soubemos do diagnóstico. Como tantos outros casais, desejávamos muito ter filhos, mas havia sempre algo que nos fazia adiar esse sonho. Ou porque não era a altura certa no trabalho, ou porque não era a altura certa a nível financeiro, ou porque não era a altura certa por motivos que, hoje em dia, olhando para trás, não eram de todo importantes, muito menos o suficiente para adiar um sonho destes, só que na altura fazia sentido.

Contudo, nunca se pensa que pode haver outro fator que não nos passa pela cabeça e que não conseguimos controlar. Nós nunca pensámos que pudesse haver outro motivo, esse sim, muito real, que nos fizesse adiar o sonho de sermos pais. Mas passado um ano de tentativas, resolvemos fazer exames, por descargo de consciência. Eu já os havia feito, pois a minha mãe demorou 17 anos para engravidar, fez 14 tratamentos e eu, desde muito cedo, tive presente a importância de irmos ao ginecologista ou, neste caso, ao médico de família que sempre me acompanhou nas consultas de planeamento. Contudo, erradamente, este cuidado a nível de exames pré-natais costuma ser imputado à mulher, o homem só os faz quando a gravidez tarda em aparecer.

Acabámos a descobrir, numa madrugada em que decidimos abrir os resultados, no meio de uma conversa banal às 2h da manhã, que havia uma azoospermia. Assim de caras, era esta palavra que tínhamos no resultado dos exames. Na verdade, viemos a saber que era uma oligosper-

mia severa, mas, nesse momento, ficámos em choque, o chão saiu dos nossos pés, parecia que estávamos a viver uma realidade paralela, uma realidade só nossa, onde não havia mais ninguém. Completamente sozinhos e desesperados.

Chorámos muito, ligámos a amigos próximos e a dor parecia não ter fim. Então e agora? E recorreremos a quem? E quem nos pode ajudar agora, neste momento de sufoco? Existe alguma linha SOS desespero? E nunca vamos conseguir ter filhos? E os nossos sonhos? E a convicção de que teríamos sempre filhos, mas afinal podemos não vir a ter? E precisamos de tratamentos? E o que isso implica? E se não resultar? Foi muito difícil, mas se aqui estamos a testemunhar é para demonstrar que não, não estamos sozinhos. Nunca. Parece. Parece que somos os únicos, que não há mais ninguém, que corre sempre tudo às mil maravilhas com toda a gente, mas não é verdade. E, se alguém estiver a ler isto, não estão sozinhos



na vossa dor. E existe apoio, existe muita gente a passar pelo mesmo, simplesmente não se falava disto a não ser quando acontece. E quando falamos com pessoas próximas, elas conhecem sempre um amigo do amigo que passou pelo mesmo. E outro familiar de outro amigo também. E outro amigo do colega também. E, às tantas, somos tantos... Por isso, é importante desmistificar certos assuntos, nem todas as pessoas “estalam” os dedos e engravidam. Na verdade, à nossa volta apercebi-me de que são muitas mais as pessoas que têm dificuldades do que as que não tiveram. Mas como só vemos a parte da gravidez, parecemos que é fácil.

No nosso caso, acabámos a inscrever-nos num hospital público ao mesmo tempo que íamos fazendo o que nos era possível com o meu ginecologista. Começámos por ir à consulta de Apoio à Fertilidade e a ser seguidos numa clínica privada. Foi um trabalho de equipa e de aceitação. Ainda conseguimos algumas amostras com baixíssima contagem e tentámos fazer uma FIV. Porém, não funcionou. Entretanto, tivemos COVID e uma das sequelas foi uma inflamação testicular que resultou em oligospermia total, ou azoospermia que nunca voltou a recuperar. Então, percebemos que o processo iria ser muito difícil e requeria, acima de tudo, perceber o que fazia sentido. O

tempo de espera para o nosso caso era de três anos. Não existem muitos dadores no banco público e a pandemia veio agravar essa realidade.

Começámos a tentar juntar dinheiro e a ver o que fazia sentido a mim como mulher, ao Ricardo como homem e a nós como casal. E, aos poucos, começou a ver a aceitação do que estava a acontecer, aceitação de que primeiro amamos-nos como casal e daí o desejo de prolongar esse amor com o aumento da família. Aceitação de que, para isso, tínhamos de lutar, tinha de passar por mais tratamentos e aceitação de que poderia nunca acontecer e aceitação de que, para tentar, teríamos de recorrer a um dador. Mas, então, não seria biologicamente nosso.

E as expectativas? E as pessoas à volta? E foi aí que percebemos que seria sempre nosso. Sempre. Porque só podia acontecer se o desejássemos muito, se lutássemos por ele, se o desejássemos acima de tudo. Se assim não fosse, ele também não existiria, por isso, que parvoíce, seria sempre nosso. Mas, calma aí... Há muitos anos nem sequer havia essa hipótese. Nem sequer havia dadores. Então começámos a ver o copo meio cheio e a tentar seguir um caminho.

Após a primeira FIV — ainda com a nossa amostra recolhida antes de termos COVID — juntámos subsídios de férias e tentámos duas

TESTEMUNHOS

inseminações com amostra de dador. Iniciámos ainda um terceiro tratamento onde os meus ovários não responderam, pelo que não chegámos a avançar. A espera era algo que me corroía a todos os níveis. Era mesmo muito difícil lidar com o espaço entre consultas, com a espera por resultados, com tudo o que fazia com que as coisas não acontecessem “para ontem”. Foi difícil também de lidar com o mundo à nossa volta, estar bem no trabalho, com a família. Via gestantes em todo o lado e até comecei a ficar sensível a gravidezes de figuras públicas. Doía muito. Foi essencial ter apoio psicológico para garantir que a saúde mental não se perdia. Cada resultado negativo tinha um impacto brutal em nós. Foi aí que conhecemos a APFertilidade, por desespero de procurar apoios e pessoas na mesma situação e percebi que há uma rede, só temos de a procurar, e cabe-nos a nós também divulgar, para ajudar a que outras pessoas não passem pelo mesmo sentimento de solidão.

Finalmente, acabámos a fazer uma FIV com amostra de dador, tratamento esse que seria a nossa última tentativa, pois não havia espaço psicológico nem monetário para mais. O meu útero e os meus ovários responderam, o ciclo parecia alinhado e acabámos a conseguir a nossa beta HCG positiva. Conseguimos engravidar. Foi uma sensação indescritível de junção de nervos com

ansiedade, com o chão a fugir dos pés, mas, desta vez, era por um sonho a ser concretizado.

Engraçado, achámos que quando engravidássemos iríamos respirar de alívio, mas percebemos que, devido a tudo, acaba a ser um processo muito cauteloso também. Nada está garantido, de todo. Mas é a materialização de um sonho, de ver que, de algum modo, pode ser possível. Fizemos transferência de dois embriões, mas, infelizmente, perdemos um. Conseguimos seguir em frente com a gravidez, apesar de ter sido um processo tumultuoso em que a minha placenta não nutria eficientemente o bebé. Começámos a ser seguidos no Diagnóstico Pré-Natal da Maternidade Alfredo da Costa. Foi muito difícil, deparámo-nos com uma restrição de crescimento severa





pelas 22 semanas, fizemos muitos exames para descartar displasias esqueléticas e outras patologias. Cada semana era uma vitória.

O nosso bebê acabou por nascer de termo, em março de 2023, esteve internado na unidade de Neonatologia, primeiro nos intensivos e depois nos intermédios, até que deixou a incubadora e veio para ao pé de nós. É tão, mas tão amado por todos. Gostávamos mesmo muito de partilhar a nossa história, pois, se der força a alguém, já valeu a pena. Gostávamos que ninguém se sentisse sozinho e sem chão como nós nos sentimos. A infertilidade é muito mais comum do que se pensa. Ainda bem que, cada vez mais, se fala deste assunto.

Elisabete e Ricardo Cabral

APFertilidade explica...



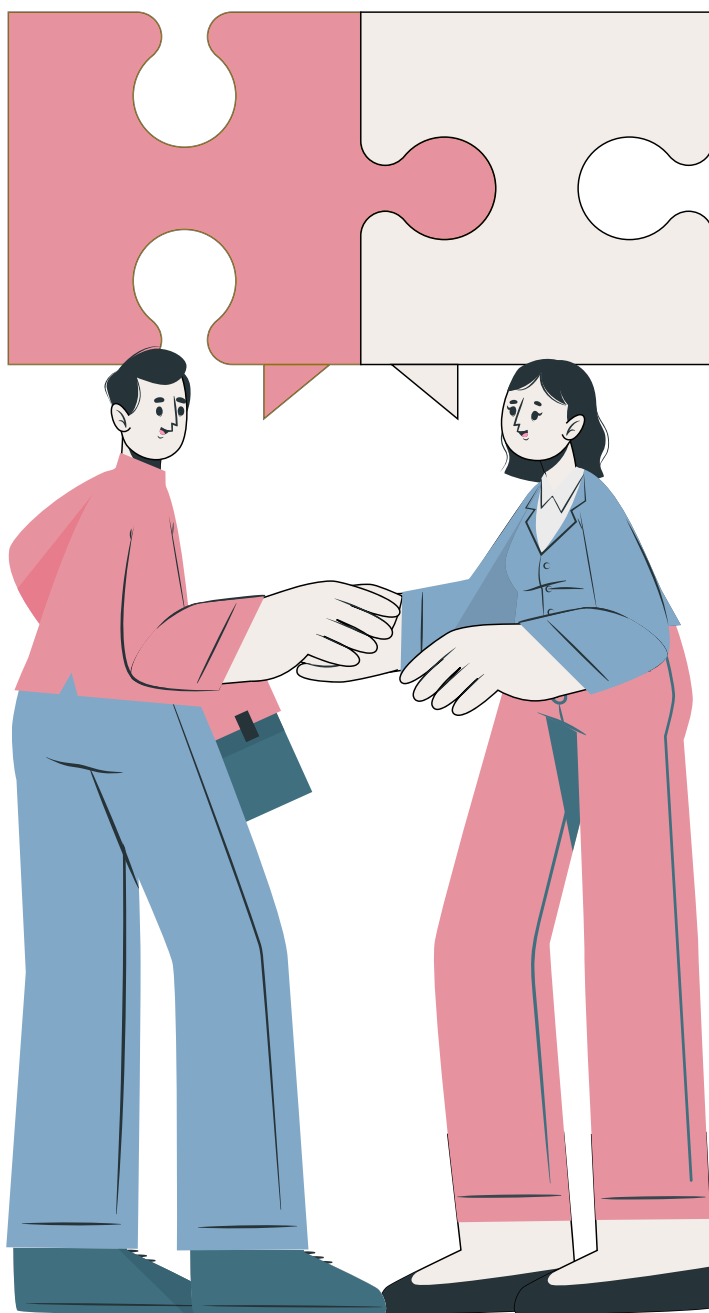
Tudo o que acontece entre a punção folicular e a recolha do esperma, inseminação, desenvolvimento embrionário e transferência do embrião para o útero da mulher está nas mãos e experiência profissional de embriologistas como Sofia Lobo Xavier. No episódio n.º 6 do +Fertilidade Talks, a responsável pelo laboratório de Embriologia do Centro de Responsabilidade Integrada de Medicina da Reprodução, no Porto, desvenda um pouco do mistério da parte menos visível da PMA. Para ver ou rever [aqui](#).



Ana Oliveira Pereira, psicóloga na AVA Clinic, conhece as dificuldades de um casal informado que o seu material genético não pode ser usado num tratamento. “Avançar para a doação de gâmetas não é outro tipo de tratamento, é outro tipo de parentalidade”, resume a psicóloga, que nas consultas de acompanhamento destes casos procura reconhecer, validar e ter compaixão pelos casais que lidam com as emoções que envolvem a decisão de recorrer à doação de óvulos, espermatozoides ou embriões. No 7.º episódio do +Fertilidade Talks, a profissional sublinha a importância do tempo para um luto pela fertilidade genética, o papel dos dadores e a decisão de não recorrer às suas dâdivas e assim não ter filhos. Veja o episódio completo [aqui](#).

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

Protocolos



Clínica das Origens

Rua da Igreja, n.º 92, 3670-056 Campia
Tel.: 232 752 264 | 969 104 782
Email: geral@clinicadasorigens.pt

Patrícia Duarte e Silva

Clínica Marisa Rodrigues
Estrada de Telheiras, n.º 159, Loja R, 1600-598 Lisboa
> Consulta de Psicologia: **50 euros**

Virgínia Marques - Nutricionista

Site: <https://www.virginiamarques.pt/>
Marcação: <https://www.virginiamarques.pt/contactos/>
> Consulta de Nutrição online: 10% de desconto sobre o valor em vigor da sessão.

Grupo A FARMÁCIA

Atualização de condições nas 16 farmácias do grupo.

Em compras pelo site

> 10% de desconto direto no valor a pagar, acrescido de 1 ponto por cada euro relativo a produtos (não medicamentos), salvo as exceções indicadas. Os pontos acumulados são indicados.

> Sempre que acumular 50 pontos, é-lhe atribuído um cupão de 2.5€ (ou seja 5%) que pode utilizar no site no prazo de 60 dias em compras acima de 2.5€.

Em compras presenciais ou por email/telefone

> 10% de desconto direto no valor a pagar, acrescido de 5% do valor a pagar colocado em cartão virtual Protocolo + Vantagens A FARMÁCIA.

> Sempre que acumular 50€ no cartão é-lhe atribuído um vale de 2.5€ (ou seja, 5% do valor das compras para além dos 10% direto que já teve), que pode utilizar no prazo de 60 dias em compras acima de 2.5€. Receberá junto com a fatura um talão com o saldo do cartão.



Associação Portuguesa de
Fertilidade

www.apfertilidade.org