

+ Fertilidade

magazine

EDIÇÃO 9 | JANEIRO 2023



Associação Portuguesa de
Fertilidade

ÍNDICE

4

EDITORIAL

- NOVO ANO, MESMA DETERMINAÇÃO

6

NOTÍCIAS

10

ARTIGOS

- DESENVOLVIMENTO EMBRIONÁRIO:
QUANDO E COMO AVALIAR
- GESTÃO DE SUBSTITUIÇÃO - MIRAGEM EM PORTUGAL?

18

INVESTIGAÇÃO

- ESTUDO VAI ANALISAR SEGURANÇA DA CRIOPRESERVAÇÃO NO
EPIGENOMA DOS ESPERMATOZÓIDES

22

ENTREVISTA

- CONHECIMENTO DOS MÉDICOS DE MEDICINA GERAL SOBRE
INFERTILIDADE "TÊM AUMENTADO BASTANTE"

26

APOIO PSICOLÓGICO

- INTIMIDADE CONJUGAL NO PROCESSO DE
TRATAMENTO DE FERTILIDADE

30

NUTRIÇÃO

- A (IN) FERTILIDADE NUMA SOCIEDADE ACELERADA

34

TESTEMUNHOS

- NO CAMINHO PARA CONQUISTAR A FAMÍLIA SONHADA
- "NÃO ESTÃO SOZINHOS, NÃO SÃO INVISÍVEIS!"

44

APF EXPLICA...

- TESTE GENÉTICO PRÉ-IMPLANTAÇÃO (DGPI/PGT)

46

PROTOCOLOS

EDITORIAL

NOVO ANO, MESMA DETERMINAÇÃO



Chegámos a 2023! Novo Ano, novos projetos, novas metas, mas também renovação da firmeza e coragem em lutar pelo que acredita e sonha.

Neste novo calendário iniciado há dias, a APFertilidade está decidida quanto à ambição de percorrer todos esses pontos, com o desenvolvimento de novas iniciativas e formas de atuação e a continuar a estar ao lado dos que já fazem parte desta enorme família e dos que se vão juntar a esta jornada.

O ano que terminou ficou marcado pelas experiências e as histórias que nos chegaram através dos nossos associados e outras pessoas que se preparavam para dar os primeiros passos na sua viagem para serem mães e pais. Notícias muito boas, colos cheios, partilhas de casos difíceis e com o sonho por concretizar, apoio e participação nas iniciativas da associação e confiança no trabalho que foi sendo feito ao longo de 2022. Acreditamos que foram feitos progressos e que iremos continuar a melhorar o trabalho, iniciado há quase 17 anos.

Em 2023, a APFertilidade pretende pôr em prática muitos projetos destinados a colocar a fertilidade entre as prioridades governativas em matéria de saúde, a informar e sensibilizar a

sociedade sobre a importância da prevenção e preservação da fertilidade, com especial destaque na melhoria da literacia sobre esta realidade junto dos mais novos.

Na linha definida para estes próximos 11 meses está ainda o apoio ao estudo da situação da fertilidade em Portugal e a continuação e melhoria do projeto de apoio psicológico que permite aos associados ter uma consulta gratuita online. Mais de 20 associados beneficiaram desta ajuda no primeiro trimestre da iniciativa, concluído em dezembro.

No arranque deste ano, a APFertilidade retomou os contactos com os grupos parlamentares e a Comissão de Saúde. Nas audiências que esperamos ter com estes representantes pretendemos colocar em cima da mesa as dificuldades que nos chegam diariamente e que, infelizmente, se mantêm sem resposta positiva há vários anos. Esperamos, por isso, que a APFertilidade continue a poder contar com o generoso apoio dos associados e a disponibilidade das entidades que são contactadas para que se faça a diferença na vida de milhares de mulheres e homens.

O que for preciso, continuamos aqui. Bom Ano!

SOBEM VALORES PAGOS A PROFISSIONAIS DE SAÚDE POR EXAMES DE PMA

O principal anúncio feito pelo diretor executivo do Serviço Nacional de Saúde (SNS) nos primeiros dias de janeiro foi o lançamento de uma linha de financiamento de 10 milhões de euros para requalificar os blocos de partos, mas de acordo com Fernando Araújo, haverá ainda lugar ao aumento do valor que é pago aos médicos das unidades públicas por realizarem exames pré-natais e aos profissionais de saúde que realizam procedimentos no âmbito da Procriação Medicamentada Assistida.

De acordo com o despacho n.º 557/2023, publicado no dia 11 de janeiro, em Diário da República, foi aprovado pelo governo o “Regulamento do Programa de Incentivo Financeiro à Qualificação dos Blocos de Parto do Serviço Nacional de Saúde”, no âmbito do qual se pretende “qualificar a resposta do SNS na área da ginecologia/obstetrícia, contribuindo para assegurar o acesso, a qualidade e a segurança na assistência pré-natal e pós-natal”.

Na prática, o objetivo é a aplicação de uma verba de 10 milhões de euros na qualificação destas infraestruturas e dos equipamentos necessários ao seu funcionamento. Assim, as unidades de saúde do SNS que disponham de blocos de partos que queiram beneficiar deste incentivo, a aplicar durante 2023, devem apresentar a sua candidatura, junto da tutela.

Em declarações à Agência Lusa, o responsável da Direção Executiva do Serviço Nacional de

Saúde (DE-SNS), adiantou, por sua vez, que está previsto o aumento do valor que o SNS paga pelos exames de diagnóstico pré-natal e relacionados com a PMA. “Estamos a falar de atualizações extremamente significativas. O objetivo é aumentar a capacidade de resposta para as utentes e a atração de médicos [para o setor público] que possam fazer esses exames no SNS”, disse o diretor da DE-SNS.

“A capacidade de pagarmos melhor vai fixar médicos no SNS que podem fazer este tipo de exames após o horário normal de trabalho, em produção adicional, e receber dessa forma por cada exame que façam. Para as utentes representa mais capacidade de resposta”, acrescentou Fernando Araújo.

Especificamente quanto à área da PMA, o diretor da DE-SNS indicou que o aumento dos valores a pagar vão beneficiar médicos, biólogos, psicólogos, enfermeiros, entre outros profissionais. “Aumentávamos 10% ou 15%, que é o normal, mas o certo é que continuaríamos sem capacidade de resposta porque os preços estavam longe da realidade”, descreveu Fernando Araújo.

O responsável admitiu a existência de dificuldades na área de apoio à fertilidade, nomeadamente uma “enorme assimetria” de resposta a nível nacional. “Um casal não pode depender do código postal para ter uma resposta”, reconheceu.

E SE FALÁSSEMOS SOBRE “PARA ONDE VÃO OS BEBÉS QUE NÃO NASCEM?”

“Um dia, uma menina perguntou-me o que tinha acontecido às bebés que estavam na minha barriga. Esta história nasce para saciar a curiosidade de todos os meninos e meninas!”. É desta forma que Patrícia Sarmento explica como nasceu a ideia de escrever “Para onde vão os bebés que não nascem?”, um livro infantil, lançado a 24 de novembro de 2022, numa edição da Alfarroba Edições, que conta com o apoio da APFertilidade.

A autora passou pela dolorosa experiência da perda gestacional das duas filhas, e se já era difícil explicar o que aconteceu aos que sabiam da gravidez, quando as questões eram feitas por crianças, encontrar uma forma simples para falar de um momento tão sensível, tornava-se mais complicado.

“Para onde vão os bebés que não nascem?” ajuda adultos e crianças a perceberem o que é a perda gestacional e pais a contarem aos filhos o que se passou quando a mãe tinha na sua barriga um



irmão ou irmã com o qual não vão poder crescer.

O tema é difícil, mas Patrícia Sarmento, ajudada pelas ilustrações de Ana Oliveira, quis abordar estas questões de uma forma leve, com algum humor e em que fica aberta a porta para momentos bons no futuro.

A APFertilidade apoia o livro infantil “Para onde vão os bebés que não nascem?”, uma história especial que faz a diferença entre os mais pequenos e ajuda os mais crescidos a contarem também a sua história. Quem estiver interessado em adquirir o livro, basta enviar um email para geral@apfertilidade.org.

Ana Oliveira, que assina as ilustrações deste livro tão especial, tem quatro dos desenhos que criados para venda, em <https://www.ana-oliveira.pt/shop>. A ilustradora quis retribuir o apoio da APFertilidade ao livro lançado com Patrícia Sarmento e decidiu que por cada print vendido 2€ são entregues à associação.



APFERTILIDADE LANÇA CAMPANHA DE PRESERVAÇÃO DA FERTILIDADE EM DOENÇA ONCOLÓGICA

Era uma iniciativa que há muito a APFertilidade queria lançar e que com a situação de pandemia foi sendo adiada, mas finalmente aconteceu. Na Semana Europeia da Fertilidade, que teve início no passado dia 7 de novembro, foi lançada a nível nacional a campanha “Preservação da Fertilidade em Doença Oncológica” com o objetivo de sensibilizar e informar a população e profissionais de saúde de que os tratamentos contra doenças oncológicas podem não impedir a concretização de um projeto de parentalidade.

Para a campanha a APFertilidade contou com o apoio institucional da Direção-Geral de Saúde e o apoio científico da Sociedade Portuguesa de Oncologia, da Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução e do Centro de Preservação da Fertilidade do CHUC na criação de dois folhetos informativos, um destinado à população e outro aos profissionais de saúde, onde é explicado que após um diagnóstico de doença oncológica, a definição e o início do tratamento têm caráter prioritário. Há uma doença a combater, mas isso não deve implicar que se deixe para segundo plano outras informações a transmitir ao doente, nomeadamente os efeitos que um tratamento por radioterapia ou quimioterapia podem ter e o impacto possível na fertilidade.

Além dos folhetos, a campanha contou com a **divulgação de um vídeo** com dois casos de pessoas que tiveram doença oncológica e que se depararam com a questão de preservar os seus gâmetas antes dos tratamentos, e no qual Teresa Almeida Santos, coordenadora do Centro de Preservação de Fertilidade, do CHUC, explica como é possível

preservar a fertilidade.

A campanha foi divulgada no site e redes sociais da APFertilidade e contou com o apoio de várias associações e entidades na partilha dos conteúdos criados nas suas próprias plataformas digitais, além de os folhetos terem sido distribuídos por várias unidades de saúde pública onde é feito o diagnóstico e tratamento de doenças oncológicas.

“O que queremos alertar é que, para além do combate à doença, e quando assim é possível, existem opções médicas que permitem aumentar as hipóteses de, após um tratamento oncológico, estas pessoas poderem ter filhos, se assim o pretenderem”, afirmou Cláudia Vieira, presidente da APFertilidade, no momento do lançamento da campanha.



FERTILIDADE CONTADA AOS MAIS PEQUENOS NA RUA DE SÃO BENTO

Em dois sábados de dezembro, a sede da APFertilidade, na Rua de São Bento, em Lisboa, abriu as portas para receber pais e crianças que quisessem ouvir duas autoras contarem as histórias infantis que escreveram, cada uma baseada na sua própria experiência quando quiseram ser mães.

A iniciativa “Dezembro com Histórias” arrancou no dia 10. Uma manta e almofadas coloridas encheram o chão da APFertilidade para receber Márcia Lima Soares, e o seu livro “Ervilha Congelada”, e entre música e brincadeiras, crescidos e mais

pequenos comeram biscoitos e acompanharam a autora pelas páginas que ia virando com o avançar da história.

No sábado seguinte foi a vez de Patrícia Sarmiento ler o seu “Para onde vão os bebés que não nascem?”, mais uma história especial para quem veio à casa da associação e quis saber mais sobre outras realidades que acontecem quando se quer ter um bebé.

Uma iniciativa divertida, educativa e que a APFertilidade espera poder repetir no futuro.



ARTIGOS

DESENVOLVIMENTO EMBRIONÁRIO: QUANDO E COMO AVALIAR



Sofia Lobo Xavier
Embriologista e Responsável
do Laboratório da Unidade de
Medicina da Reprodução do CHUSJ

A evidência científica indica que as possibilidades de gravidez na espécie humana dependem, em grande parte, da receptividade endometrial e da qualidade embrionária. Para aferir a qualidade embrionária são avaliados aspectos morfológicos dos embriões que poderão afetar a implantação dos mesmos. Os momentos de avaliação embrionária têm

sempre como referência a hora em que se realizou a inseminação e a avaliação desses parâmetros resultará depois na sua classificação final.

Dia 0 e 1- De ovócito a zigoto

Tudo começa com a inseminação dos gametas femininos com os gametas masculinos, através de procedimentos laboratoriais como a Fertilização in vitro convencional (cFIV) e/ou a microinjeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI). A interação entre ovócitos e espermatozoides supõe uma sequência de acontecimentos que resultam em alterações morfológicas e no aparecimento de novas estruturas celulares. Passado um período entre 16 a 18 horas após inseminação, chega o momento de avaliar a fecundação dos ovócitos previamente inseminados. Este é o primeiro dia de desenvolvimento do embrião. Para ocorrer uma fecundação normal, o zigoto deverá apresentar dois pronúcleos (PN) de igual tamanho e dois glóbulos polares (GP), provenientes de cada um dos gametas. Estruturas celulares diferentes das descritas anteriormente podem estar associadas a alterações genéticas, devendo o embriologista ponderar se mantém os zigotos em observação, tendo em conta as recomendações das sociedades de referência.



Dia 1
Embrião com fecundação normal. Pode-se observar a presença de dois prónucleos e dois glóbulos polares

Dia 2 e 3- A clivagem do embrião

É a partir do segundo dia de desenvolvimento embrionário que conseguimos observar a clivagem (divisão) celular do embrião. A avaliação deve ser realizada 43 a 45 horas após inseminação, e ao terceiro dia, 67 a 69 horas após inseminação. Os parâmetros principais a avaliar nesta fase do desenvolvimento serão: o número de células do embrião; o ritmo a que estas se dividem; a percentagem de fragmentação celular, definindo-se como baixa se for inferior a 10%, moderada se for entre 10% a 25% e severa se superior a 25%; o tamanho e simetria das células do embrião e a ocorrência ou não de multinucleação, ou seja, a existência de mais do que um núcleo por célula.

No segundo dia de desenvolvimento embrionário serão classificados como bons embriões aqueles que apresentem quatro células com tamanho semelhante, apenas um núcleo por célula e pouca ou nenhuma fragmentação (Imagem 2). Ao terceiro dia de desenvolvimento, o embrião mantém uma boa classificação se apresentar oito células simétricas, com apenas um núcleo por célula e pouca ou nenhuma fragmentação (Imagem 3). Embriões que apresentem taxas de clivagem mais lentas ou mais rápidas que o descrito, percentagens elevadas de fragmentação, assimetria celular e ocorrência de multinucleação apresentam um potencial de implantação mais baixo.



Dia 2
Embrião ao segundo dia de desenvolvimento



Dia 3
Embrião ao terceiro dia de desenvolvimento



Dia 4 Embrião ao quarto dia de desenvolvimento com elevado grau de compactação

Dia 4- Mórula e compactação

A avaliação ao quarto dia de desenvolvimento embrionário ocorre 90 a 94 horas após inseminação. Os parâmetros a avaliar neste momento serão: a divisão e adesão celular; o grau de compactação das células e a fragmentação celular (igual ao descrito nos dias anteriores)

Por esta altura, um embrião de boa qualidade deverá ter iniciado a quarta divisão mitótica, apresentando um número superior a oito células.

ARTIGOS

Poderá exibir sinais de adesão celular ou até mesmo de compactação. No grau máximo de compactação será bastante difícil distinguir o número de células que o embrião apresenta (Imagem 4), sendo isto um sinal da ativação genómica do embrião.

Dia 5- O blastocisto

A avaliação do blastocisto é realizada entre 114 a 118 horas após inseminação. Pesa para a sua classificação o grau de expansão do blastocélio, o tamanho, forma e grau de compactação da massa celular interna (MCI) e a distribuição, o número e a homogeneidade das células da trofoectoderme.

Denomina-se por blastocisto (Imagem 5) um embrião que atinge o quinto dia de desenvolvimento, eclodido ou expandido, com massa celular interna e trofoectoderme. À partida, um embrião que consegue atingir o quinto dia de desenvolvimento embrionário é considerado um embrião com bom prognóstico. Importa salientar que nem todos os embriões conseguem atingir o estado de blastocisto. A literatura descreve que apenas 40% a 60% dos embriões resultante de técnicas de cFIV e/ou ICSI chegam a este estado de desenvolvimento embrionário. A qualidade embrionária avaliada nos dias anteriores está diretamente relacionada com a

capacidade de um embrião alcançar o quinto dia de desenvolvimento no estado de blastocisto.

Com toda a informação reunida, qual será o melhor dia para transferir? Quantos embriões transferir? Quais os embriões que devem ser criopreservados? As respostas a estas questões não são lineares e é quando, certamente, se ouve “cada caso é um caso”. Múltiplos fatores devem ser considerados como o número de embriões de boa qualidade, a idade da paciente, o histórico de infertilidade do(s) paciente(s) e, caso haja, ciclos prévios.

As opções devem ser discutidas com a equipa que orienta o tratamento, permitindo que as decisões sejam tomadas de uma forma esclarecida e consciente.



Dia 5

Blastocisto, embrião ao quinto dia de desenvolvimento. Apresenta MCI compactada (a), blastocélio (b) expandido e trofoectoderme (c) homogénea e com múltiplas células



Associação Portuguesa de
Fertilidade

Apoio Psicológico *para Associados*

PRIMEIRA CONSULTA
online gratuita com:



Ana Galhardo

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



ARTIGOS

GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO - MIRAGEM EM PORTUGAL?



Alexandra Sapateiro
Advogada

Tudo começa com a impossibilidade clínica de concretizar um sonho, o sonho de uma mulher constituir a sua própria família através da gestação de uma criança. O sonho de ter um filho fruto do seu próprio ventre!

É a necessidade de criar uma alternativa à incapacidade de uma mulher gerar o seu filho, que fundamenta a presente temática.

É com este pressuposto que surgiu e se desenvolveu, em vários países do mundo, uma solução devidamente regulamentada, relativa ao procedimento clínico e jurídico da gestação de

substituição.

Portanto, temos sempre que partir da certeza de que o recurso à gestação de substituição é apenas admissível em situações excecionais, devidamente tipificadas na lei aplicável.

Em Portugal são consideradas situações excecionais: casos de ausência de útero, lesão ou doença grave deste órgão ou outra situação clínica que impeça, de forma absoluta e definitiva, a gravidez da mulher.

Mas o que é a gestação de substituição?

Nos termos do disposto no n.º 1, do artigo 8.º da Lei 32/2006, com as alterações introduzidas pela Lei 20/2021, entende-se por gestação de substituição “qualquer situação em que a mulher se disponha a suportar uma gravidez por conta de outrem e a entregar a criança após o parto, renunciando aos poderes e deveres próprios da maternidade.”.

O recurso à gestação de substituição no nosso ordenamento jurídico, obriga à celebração de um contrato, não oneroso (gratuito), obrigatoriamente reduzido a escrito, sempre supervisionado pelo Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA), a quem os interessados têm obrigatoriamente que realizar pedido de autorização prévia para realização dos mencionados contratos e procedimentos, através do formulário disponível no site.

Em Portugal só a partir do ano de 2016,



com a Lei 32/2006, de 26 de julho, passou a ser admitido este procedimento com a introdução dessa possibilidade na lei que regula a Procriação Medicamente Assistida.

Nesse momento surgiu “uma luz ao fundo do túnel”.

Contudo, um pedido de fiscalização sucessiva ao Tribunal Constitucional das normas que regulavam a gestação de substituição, no diploma da Procriação Medicamente Assistida, culminou num acórdão que, em 2018, obrigou ao retrocesso naquele que podemos chamar de “túnel da esperança” para muitas mulheres e casais heterossexuais.

Alguns anos depois, a Lei n.º 90/2021, de 16 de dezembro, veio alterar o regime jurídico aplicável à gestação de substituição, introduzindo algumas alterações bastante controversas e que, na minha opinião, são o fundamento da grande dificuldade em regulamentar a Lei em Portugal, como veremos adiante.

Quais os pressupostos legais para recorrer ao procedimento da gestação de substituição?

- Podem recorrer à gestação de substituição, os casais de sexo diferente ou os casais de mulheres, casados ou em situação análoga à dos cônjuges,

bem como todas as mulheres independentemente do estado civil e orientação sexual;

- A celebração de negócios jurídicos de gestação de substituição só é admissível a título excepcional e com natureza gratuita;

- O recurso à gestação de substituição só é admissível em casos de ausência de útero, lesão ou doença deste órgão ou outra situação clínica que impeça de forma absoluta e definitiva a gravidez da mulher;

- A gestante de substituição deve ser, preferencialmente, uma mulher que já tenha sido mãe, sem prejuízo das concretas circunstâncias do caso o poderem impedir;

- A gestação de substituição só pode ser autorizada através de uma técnica de procriação medicamente assistida com recurso aos gametas de, pelo menos, um dos respetivos beneficiários, não podendo a gestante de substituição, em caso algum, ser a dadora de qualquer ovócito usado no concreto procedimento em que é participante;

- O pedido de autorização prévia para a celebração do contrato/procedimento tem que ser apresentado através de formulário disponível no site do Conselho Nacional de Procriação

ARTIGOS

Medicamento Assistida, entidade que supervisiona todo o procedimento;

- A criança que nasce com recurso a gestação de substituição será tida como filha dos beneficiários, não podendo o assento de nascimento conter qualquer indicação relativa às técnicas de procriação medicamente assistida aplicadas e à gestante.

Quais as principais alterações introduzidas pela Lei 90/2021, de 16 de dezembro?

- A gestante de substituição deve ser preferencialmente, uma mulher que já tenha sido mãe, sem prejuízo das concretas circunstâncias do caso o poderem impedir;

- Possibilidade de revogação do consentimento por parte da gestante até ao efetivo registo da criança (imposto até ao 20.º dia após o nascimento), o que significa que em caso de arrependimento a gestante pode decidir ficar com a criança gerada por si, como pode ainda decidir interromper a gravidez nos termos legalmente admitidos.

Todos nós temos de admitir que a possibilidade de recorrer a um procedimento de gestação de substituição é um tema muito sensível pelas várias incidências que apresenta em questões de direitos fundamentais das pessoas envolvidas no procedimento e, por isso mesmo, independentemente dos nossos interesses na temática, devemos também compreender que as leis são criadas por pessoas para servir as necessidades das comunidades, devendo, portanto, salvaguardar todas as eventuais circunstâncias previsíveis, presentes e futuras, do caso concreto.

Assim, se a gestação de substituição permite, em primeira instância, realizar o sonho de ser mãe a mulheres que estão clinicamente impossibilitadas de forma definitiva de ter um filho, em contrapartida, inibe uma outra mulher de ser mãe após o nascimento de uma criança gerada por si, privando-a de exercer todos os seus direitos parentais inerentes à maternidade em consequência da realização de um contrato gratuito.

À gestante é negada, com recurso a este procedimento, a possibilidade de conhecimento da sua identidade por parte da criança gerada,

o que representa uma violação dos direitos à integridade pessoal, à identidade pessoal e ao livre desenvolvimento da personalidade da pessoa gerada, tutelados pelos artigos 25.º e 26.º da Constituição da República Portuguesa.

É por esta sensibilidade tão pessoal que é necessário legislar da forma mais cautelosa possível.

Da ausência de regulamentação no ordenamento jurídico português.

As bases legislativas foram aprovadas com as alterações introduzidas pela Lei 90/2021 de 16 de dezembro, que entraram em vigor no dia 1 de janeiro de 2022, mas a verdade é que continuamos parados no “túnel da esperança”, porque existia a obrigação do Governo proceder à elaboração de uma proposta de regulamentação desta Lei, que deveria ter ocorrido num prazo de 30 dias após a sua entrada em vigor.

A maioria das pessoas questionam: “se foi aprovada uma lei e ela entrou em vigor, porque é que não podemos recorrer de imediato ao procedimento da gestação de substituição?”

Porque existe necessidade de o Governo proceder à regulamentação da Lei, de definir os parâmetros dentro dos quais a lei vai ser aplicada, nomeadamente, definir a forma como se vai proceder ao pedido de autorização prévia junto da Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida, quais os prazos para a emissão dos pareceres das Ordens profissionais envolvidas e qual o regime de proteção da parental e outros tantos aspetos aplicáveis ao caso concreto.

No caso específico da Lei da Gestação de Substituição, já foram emitidos vários pareceres, por parte do Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida, Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, Ordem dos Psicólogos, apresentados à Comissão nomeada pelo Ministério da Saúde, que tinha até 30 de junho para apresentar uma proposta de anteprojeto.

Contudo, ainda hoje a regulamentação não foi criada, nem aprovada e, portanto, voltamos a estar parados no “túnel da esperança”, um verdadeiro limbo jurídico.

Assim, neste momento não podemos, em

Portugal, recorrer ao procedimento de gestão de substituição porque não temos a regulamentação governamental necessária aprovada para aplicar a lei.

Há ainda um caminho legislativo a trilhar.

Outra questão a colocar é se a Lei 90/2021 é plena e feliz no seu texto.

Já existe alguma doutrina sobre a matéria.

As opiniões divergem sobre várias questões, mas nenhuma é divergente quanto à necessidade de ver contemplado o direito ao recurso ao procedimento de gestão de substituição no nosso ordenamento jurídico.

A redação da Lei, suscita dúvidas em algumas questões, nomeadamente, quanto ao prazo previsto para o arrependimento e recuo do consentimento da gestante, se tal arrependimento deve prever, ou não, uma obrigação de indemnização, quanto à questão da filiação ser estabelecida aos beneficiários, se a lei é, ou não, discriminatória ao não prever o mesmo direito para casais homossexuais masculinos ou homens solteiros.

Questões suscitadas após o conhecimento do texto da Lei “aparentemente” em vigor e que podem obviamente contribuir para uma maior dificuldade em criar a regulamentação em falta por parte do Governo.

Mas neste momento, para os interessados, o mais importante é perceber qual o enquadramento jurídico atual em Portugal.

Assim, ultrapassado que se encontra o prazo que o Governo dispunha para criar a regulamentação necessária para aplicação efetiva da Lei, será necessário voltar ao início do procedimento legislativo? A lei deixa de estar validamente aprovada?

A resposta é não!

O que neste momento esperamos em Portugal é que o Governo, munido dos vários pareceres emanados pelas várias entidades competentes, em comissão própria para o efeito, criem a regulamentação necessária para que se possa em definitivo concretizar a aplicação da Lei 90/2021.

A seguir à criação da regulamentação vamos nos deparar com uma realidade tão desafiante quanto a falta da mesma, que será a criação de um sistema capaz de dar resposta aos inúmeros pedidos que irão ser apresentados para a realização de procedimentos de gestão de substituição.

Estaremos, na prática, capazes de dar resposta à efetiva aplicação da Lei e sua Regulamentação, em Portugal?

Acredito que este será o próximo grande desafio desta temática!

O caminho apesar de longo e doloroso já começou a ser construído em Portugal, e eu acredito que a discussão política e social criada em torno do assunto vai conduzir ao fim do “túnel da esperança” permitindo aos interessados realizarem o seu sonho. É uma questão de tempo!



INVESTIGAÇÃO

ESTUDO VAI ANALISAR SEGURANÇA DA CRIOPRESERVAÇÃO NO EPIGENOMA DOS ESPERMATOZÓIDES



O projeto teve início nos primeiros dias de janeiro e já foram dados os primeiros passos para arrancar com o estudo que pretende analisar potenciais efeitos da criopreservação ao nível do epigenoma dos espermatozóides. A investigação, que deverá prolongar-se ao longo de um ano e meio, e está a

ser desenvolvida por um grupo de investigadores de três unidades, duas no Porto e uma em Londres, pode revelar-se um avanço importante para analisar se os processos de criopreservação de esperma, atualmente em prática, são seguros na manutenção das modificações químicas presentes no ADN,

onde se encontram genes determinantes para o desenvolvimento embrionário e placentário.

Joana Marques, investigadora responsável do projeto da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP) e do Instituto de Investigação e Inovação em Saúde (i3S), e Sofia Coelho, aluna do Programa Doutoral de Biomedicina na FMUP, explicaram à + Fertilidade, como está a decorrer o estudo, financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT) com 50 mil euros, no âmbito do Concurso de Projetos de I&D em Todos os Domínios Científicos.

“Neste momento, efetuamos já a criopreservação de um pequeno número de amostras para testar os protocolos que serão utilizados posteriormente para extração dos ácidos nucleicos dos espermatozoides e posterior análise e para visualização da ultra-estrutura dos espermatozoides por microscopia eletrónica”, adiantaram as investigadoras.

De uma forma simples, o projeto tem como objetivo analisar potenciais efeitos da criopreservação

ao nível do epigenoma dos espermatozoides, que é constituído por modificações químicas ao nível do ADN, que interferem com a expressão génica e consequente atividade das células. “Estudos anteriores do nosso grupo mostraram que existem alterações ao nível destas marcas epigenéticas numa fração dos espermatozoides de alguns indivíduos com oligozoospermia e por isso seria importante averiguar se o processo de congelamento e descongelamento poderá afetar a estabilidade destas marcas epigenéticas”, explicaram os dois elementos da equipa de seis investigadores que trabalham no Serviço de Genética do Departamento de Patologia da FMUP.

A criopreservação é um procedimento de congelamento de gametas, óvulos e espermatozoides, e embriões, que permite que se mantenham preservados para serem utilizados em tratamentos de fertilidade, a curto prazo ou no futuro. Através deste estudo, a criopreservação de material biológico masculino pode permitir “entender se os protocolos



INVESTIGAÇÃO



de criopreservação de espermatozoides que são utilizados atualmente nas clínicas de fertilidade e nas unidades hospitalares de medicina da reprodução são seguros no que diz respeito à manutenção das marcas epigenéticas dos espermatozoides”. Caso a criopreservação tenha alguma influência podem existir consequências indesejadas, “uma vez que estas marcas para além de poderem interferir diretamente com o correto funcionamento da célula, poderão ser transmitidas ao futuro embrião e interferir com o seu normal desenvolvimento”, como sublinharam as investigadoras, indicando que, caso sejam encontrados efeitos negativos do processo, serão testados “protocolos alternativos de criopreservação que possam assegurar a estabilidade destas marcas epigenéticas”.

Com esta investigação, não se pretende questionar a segurança da criopreservação, sublinha Joana

Marques. “A evidência científica que existe hoje demonstra que a técnica de criopreservação de espermatozoides é segura e não resulta num aumento de efeitos adversos perinatais ou anomalias congénitas ou cromossómicas, quando comparada com a utilização de gâmetas não sujeitos a criopreservação”.

Porém, o descongelamento das células masculinas “pode levar a uma diminuição do número de espermatozoides móveis disponíveis para o tratamento” e as “alterações nestas marcas epigenéticas podem condicionar também o desenvolvimento embrionário, interferindo assim com o sucesso da técnica”. Perante o risco de ocorrerem essas alterações, o grupo de investigadores considerou ser “importante aumentar o conhecimento sobre os possíveis efeitos ao nível do epigenoma dos espermatozoides, uma vez que ainda não foram estudados, e assim contribuir para um maior sucesso e eficácia da técnica de

criopreservação”.

Para este projeto, indicou a FMUP em comunicado, os investigadores vão recolher amostras de espermatozoides de homens que sofrem de infertilidade e de homens férteis. As amostras, que estão atualmente a ser recolhidas com o apoio da Unidade de Medicina de Reprodução do Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ) e com a colaboração do Centro de Genética da Reprodução Prof. Alberto Barros, serão criopreservadas durante um mês, seis meses ou 12 meses.

O projeto envolve vários investigadores da FMUP, além das duas investigadoras, nomeadamente

Alberto Barros, Carla Caniçais, Carolina Almeida, Filipa Carvalho, Sara Vasconcelos e Sofia Dória, Elsa Oliveira e Mário Sousa, do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), no Porto, e Miguel Branco, do Blizzard Institute, em Londres, Reino Unido.

No entanto, como explica Joana Marques, investigadora responsável do projeto e professora da FMUP, a criopreservação é geralmente considerada uma técnica segura, mas que poderá provocar danos na viabilidade dos espermatozoides, diminuindo a possibilidade de fertilização, mas também no próprio ADN, isto é, no material genético que será transmitido à geração futura.



ENTREVISTA

CONHECIMENTOS DOS MÉDICOS DE MEDICINA GERAL SOBRE INFERTILIDADE “TÊM AUMENTADO BASTANTE”

Os médicos das unidades de saúde familiar (USF) são procurados para determinar se alguns sintomas podem denunciar um problema passível de tratamento com medicação, observação nas urgências ou acompanhamento na especialidade nos hospitais. A +Fertilidade procurou saber se em casos de possível infertilidade, estes clínicos encaminham atempadamente os pacientes para as áreas da Ginecologia, Urologia ou Procriação Medicamente Assistida (PMA), dado que alguns casais inférteis consideraram à APFertilidade que não receberam o devido acompanhamento nas USF e os seus casos chegaram à especialidade demasiado tarde.

Rui Miguelote, médico no Centro de PMA do Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães, professor na Escola de Medicina da Universidade do Minho, e coordenador do curso de pós-graduação Avaliação e Orientação do Casal Infértil, lecionado na mesma universidade, dirigido a internos e especialistas de Ginecologia e Obstetrícia e de Medicina Geral e Familiar (MGF), admite que pode existir uma orientação tardia por parte destes médicos para a especialidade, mas que o adiamento da procura de ajuda médica pelos casais, por questões de literacia, por exemplo, é um fator importante a considerar.



+Fertilidade: Ao longo dos anos, vários casais têm partilhado com a APFertilidade que procuraram orientação do médico de família para conseguir uma gravidez, depois de vários meses ou anos de tentativas, e que o seu caso ficou parado, sem procura de possíveis explicações através de exames ou encaminhamento para a especialidade. Há ainda muito desconhecimento por parte dos profissionais das USF sobre os passos a dar em situações destas?

Rui Miguelote: O atraso no início do estudo e orientação de um casal infértil tem ocorrido geralmente por dois fatores. O primeiro está relacionado com o fato de alguns casais não saberem ou não quererem reconhecer a existência de um problema e adiarem a procura de ajuda.

Isto acontece por, para além de alguns fatores psicológicos, os casais desconhecerem os sinais e sintomas que podem indicar a existência de uma condição que deve merecer uma orientação imediata. Uma mulher que pare o contraceptivo oral e que fique sem menstruar mais de três meses ou que tem menstruações muito irregulares, ou que tem muitas dores na menstruação ou na relação sexual em algumas posições deveria procurar ajuda médica logo que desejasse engravidar. Também é importante passar a mensagem que a idade da mulher, a partir dos 35 anos, é por si só um fator de subfertilidade e, que por isso, acima desta idade, não devem esperar mais de seis meses para procurarem ajuda. Ou seja, há ainda alguma falta de literacia para saúde nestas questões da fertilidade.

A segunda causa acontece, realmente, pela não

ENTREVISTA

identificação por parte de alguns médicos de medicina geral e familiar ou especialistas de ginecologia dos casos que devem merecer precocemente uma avaliação e uma orientação mais diferenciada. Condições como a endometriose são ainda algumas vezes subdiagnosticadas ou subvalorizadas, o fator masculino ainda é muitas vezes só avaliado numa fase mais avançada do estudo do casal, quando deveria ser avaliado logo no início e a orientação de algumas situações de anovulação, nomeadamente situações de amenorreia hipotalâmica funcional, são orientadas de forma desadequada nomeadamente assumindo tratar-se de casos de Síndrome do Ovário Poliquístico.

Felizmente, para ambas as causas, tem se verificado melhorias significativas, mas ainda se pode fazer mais.

+Fertilidade: Deveriam as USF passar a integrar a possibilidade de avaliar a fertilidade, informando os utentes sobre a existência de formas de se averiguar se existem problemas antecipadamente, como forma preventiva?

Rui Miguelote: Nos cuidados primários devem ser identificadas e valorizadas, em todos os contactos com utentes em idade reprodutiva, todos os sinais e sintomas que possam ser reveladores de patologias, como as que descrevi na questão anterior, que possam ser comprometedoras da fertilidade futura.

“Devem também ser sempre aproveitados estes contactos para os educar para os hábitos de vida que podem comprometer a sua fertilidade (...)”

Por exemplo, numa mulher que recorre ao médico de família porque pretende fazer um contraceptivo oral porque tem irregularidades menstruais, deve-lhe ser explicado que o contraceptivo lhe irá resolver as irregularidades menstruais, mas que não lhe vai resolver a disfunção ovulatória que poderá estar

por trás dessas irregularidades e que, por isso, quando pretender engravidar essa condição deverá merecer desde logo uma avaliação precoce. Devem também ser sempre aproveitados estes contactos para os educar para os hábitos de vida que podem comprometer a sua fertilidade e, no caso das mulheres, das implicações do adiamento de uma gravidez. Já a realização preventiva de “avaliações da fertilidade” num casal ou num utente que ainda não pretenda engravidar e que não tem nenhuma condição clínica que possa ser comprometedora da sua fertilidade não concordo que se realize. Estas avaliações levantam várias questões éticas e podem ter repercussões emocionais importantes. Discordo por isso que sejam requisitados espermogramas ou doseamentos da Hormona Anti-Mulleriana com esta indicação. Estas avaliações descontextualizadas de uma situação de infertilidade geram preocupações e toda uma espiral de avaliações desnecessárias que causam, na minha opinião, mais prejuízos que ganhos.

+Fertilidade: Nos cursos que têm sido desenvolvidos sob a sua coordenação, que dificuldades são manifestadas pelos profissionais de saúde, incluindo ginecologistas e urologistas, quando confrontados com potenciais casos de infertilidade?

Rui Miguelote: O processo de reprodução humana e o funcionamento dos sistemas reprodutores são muito complexos e, infelizmente, em alguns aspetos ainda não totalmente compreendidos. Embora esteja a haver uma evolução enorme, resultado de muita investigação que se tem feito, ainda não temos resposta para todas as situações com que nos deparamos e isto é muito angustiante para quem trabalha nesta área.

Por outro lado, para quem não lida diariamente com esta área é difícil acompanhar a evolução do conhecimento que tem ocorrido e, sobretudo em relação ao estudo da mulher, a complexidade de todo o sistema endócrino que está envolvido torna muitas vezes difícil compreender e integrar adequadamente todas as variáveis que estão em jogo nas diferentes situações clínicas que

surgem frequentemente. No curso pretendemos, regressando à compreensão da fisiologia do ciclo menstrual e ovulatório e do processo de fecundação e implantação e exemplificando com casos clínicos, aumentar o conhecimento e, sobretudo, a compreensão lógica de todos estes processos e das situações patológicas que são mais frequentes estes colegas encontrarem.

+Fertilidade: Além destes cursos, seria benéfico os médicos das USF passarem a ter ações formativas nesta área, dado que são muitas vezes os primeiros profissionais de saúde a quem é pedida ajuda nestas questões?

Rui Miguelote: Os conhecimentos dos médicos de MGF nesta área têm aumentado bastante e é notória a melhoria na qualidade das suas prestações no estudo e na orientação destes casos, estando muitas vezes ao nível da dos colegas de Ginecologia que não se dedicam a esta área. Todos os internos de MGF já têm um estágio obrigatório na área de ginecologia/obstetrícia e neste estágio participam, geralmente, nas consultas de estudo do casal infértil. Nos hospitais que têm Centros de PMA este estágio poderá ser mais completo que nos outros hospitais e poderia fazer sentido que os internos de MGF passassem um período curto nestes centros. A frequência de cursos específicos desta área, como o que nós organizamos, são realmente uma oportunidade importante de formação. Tivemos ao

“(...) só encontramos aquilo que procuramos e se não for feita uma exploração adequada, pode-nos escapar.”

longo das primeiras edições um número crescente de colegas de MGF a inscreverem-se no curso e isso motivou que, em 2019, realizássemos um curso dirigido especificamente para eles e que teve uma adesão muito boa.

+Fertilidade: Outra realidade que tem chegado à APFertilidade é o diagnóstico tardio de doenças que afetam as mulheres, como a endometriose. Os sintomas são relatados aos médicos, mas parece haver algum desconhecimento ou insensibilidade de que dores menstruais intensas ou a ausência do período, por exemplo, podem ser indicadoras de problemas de saúde mais graves. Que conselhos deixaria aos profissionais que recebem casos destes no consultório?

Rui Miguelote: A oligo-amenorreia (ausência de menstruação ou menstruações irregulares) numa mulher em idade fértil é sempre resultado de uma patologia e por isso merecedora de estudo. Felizmente, na maioria dos casos, é resultado de uma alteração funcional e não de uma causa orgânica irreversível. O diagnóstico e a orientação diferencial dessas condições é impossível de ser explicada em poucas frases, mas gostava sobretudo de realçar o facto de que por trás de um ovário com morfologia poliquística não está sempre uma Síndrome do Ovário Poliquístico. Em relação à endometriose, a sua identificação ou exclusão é muito importante na orientação de um casal infértil e, por isso, a colheita da história clínica, o exame ginecológico, nomeadamente na avaliação dos fundos de sacos vaginais e nos ligamentos uterosagrados, e uma ecografia cuidada com avaliação da mobilidade dos ovários e do útero sobre as estruturas adjacentes é muito importante, porque só encontramos aquilo que procuramos e se não for feita uma exploração adequada pode-nos escapar.

APOIO PSICOLÓGICO

INTIMIDADE CONJUGAL NO PROCESSO DE TRATAMENTO DE FERTILIDADE



Ana de Sousa Martins
Psicoterapeuta e Terapeuta Familiar

Escrever sobre intimidade implica abordar o modo como se constitui o casal, uma vez que a intimidade é considerada um aspeto vital nas relações amorosas (Narciso I., Ribeiro M., 2009).

Toda a verdadeira vida é o encontro e no princípio é a relação (Buber, 1923). A relação de casal é a primeira etapa do ciclo de vida da família, é uma unidade que se constrói ao longo de várias fases.

O momento de constituição do casal implica a presença de movimentos de construção e negociação de uma nova família, fundamentais para que sejam estabelecidos uma série de acordos entre as duas pessoas envolvidas e aqueles que fazem parte do seu mundo.

Quando escrevo sobre casais, escrevo sobre duas pessoas para as quais estar numa relação amorosa faz parte do seu projeto de Ser e do seu projeto de vida. Como tal, envolvem-se numa relação que se distingue de todas as outras pelo nível de afinidade e intimidade que podem alcançar.

Intimidade deriva etimologicamente do latim *intimus* – “o mais interior”. A maioria das definições de intimidade salienta a ideia de “partilha do que é mais interior”, através da auto-revelação.

“Quando se ama e se é amado deseja-se partilhar. A partilha implica a ausência de egoísmo, chave do casamento feliz, durável” (Guitton e Antier, 1999).

Narciso (2001) chegou à conceção da intimidade como um tecido relacional constituído por vários fios-componentes - partilha e auto-revelação, apoio emocional, confiança, interdependência e mutualidade - e um fio-contorno - amor e sexualidade (é a sexualidade que define a natureza romântica da intimidade nas relações amorosas) (Narciso I., Ribeiro M., 2009).

Cada um dos membros do casal contribui para a sua nova família com as suas experiências, os seus modelos relacionais e as suas expectativas, com as suas ambições e projetos, encontrando-se num lugar-comum – o Nós.

O projeto de parentalidade surge como um vir-a-ser que marca a união de duas pessoas projetadas num futuro como pais. Até ao momento em que um diagnóstico de infertilidade irrompe nas suas vidas, impactando a sua história e fragilizando os “fios-componentes” da sua intimidade.

Neste sentido é importante reconhecer o constante ajustamento psicológico que começa a partir do momento em que o casal se encontra face-a-face com a possibilidade do seu projeto de parentalidade não se concretizar como esperado.

Reconhecer a tristeza e desânimo pela consciência da dificuldade conceptiva; a procura de ajuda médica - período em que surge a necessidade de confirmar o diagnóstico de infertilidade e no qual podem começar a surgir dificuldades de relacionamento; o impacto da elevada exigência dos inúmeros exames e tratamentos médicos; sentimentos oscilantes entre esperança e desespero; a perda de privacidade e controlo sobre o próprio corpo e o sofrimento por um desfecho incerto (pode levar a indisponibilidade e

desentendimento conjugal pelo impacto sentido na intimidade física e emocional); a vivência repetida de insucessos (pode conduzir ao desespero do casal). Nalguns casos, o fim dos tratamentos médicos e a interiorização da impossibilidade e do luto por um filho geneticamente relacionado com o casal (pode originar uma reorientação do projeto inicial). E o legado que fica de tudo o que decorre do processo de infertilidade (Lopes, V., Leal, I. 2012).

Auscultar o estado emocional da relação, retomar o seu cuidado e nutrição, ajudará na conquista de espaço e tempo, fortalecendo a união e apoio mútuo do casal que terá de suportar todas as adversidades, e idealmente as suas vitórias.

Tenho a esperança de que a informação partilhada se possa constituir como uma possibilidade de validação de sentires e reconhecimento dos pilares que constituem uma relação, trazendo de volta o sentimento de “casa, onde mora o coração”.

Compromisso e confiança serão dois pilares que sustentam a relação e que se desenvolvem de acordo com o estilo de comunicação do casal. O modo como cada um se dá e se mostra na partilha e auto-revelação, como apoia emocionalmente o outro, como se amam e como se entregam à relação íntima. É por isso importante relembrar e

APOIO PSICOLÓGICO

colocar em prática:

- O respeito e empatia pela diferença de preocupações e necessidades de cada um (não vivenciamos do mesmo modo a mesma situação);

- O amor e a expressão de afeto e admiração em relação ao outro (que pode acontecer das mais variadas formas e mesmo que por vezes não apeteça é importante recordar e manifestar do que se gosta e como se gosta);

- Olhar o outro como parte da mesma equipa na resolução de problemas (a forma de resolução de conflitos é reveladora da dinâmica e padrão de vinculação do casal e dita a sua longevidade);

- “Mapas de amor” (quando as duas partes procuram entrar no mundo emocional do outro e conhecem as suas aspirações, valores e expectativas);

- Compartilhar momentos e expressar interesse pelos interesses do outro, escutar mais, interpretar menos ou fazer menos “leituras de pensamento” (criar espaço interno para o próprio, para o outro e para a relação);

- Aceitação do conflito como parte integrante do casal - foco na gestão adequada das divergências (falar-sobre) e não em fazê-las desaparecer (ignorar ou procurar resolver), a zanga e o conflito podem ser transformadores quando se manifestam construtivamente (“eu sinto” vs “tu fizeste”);

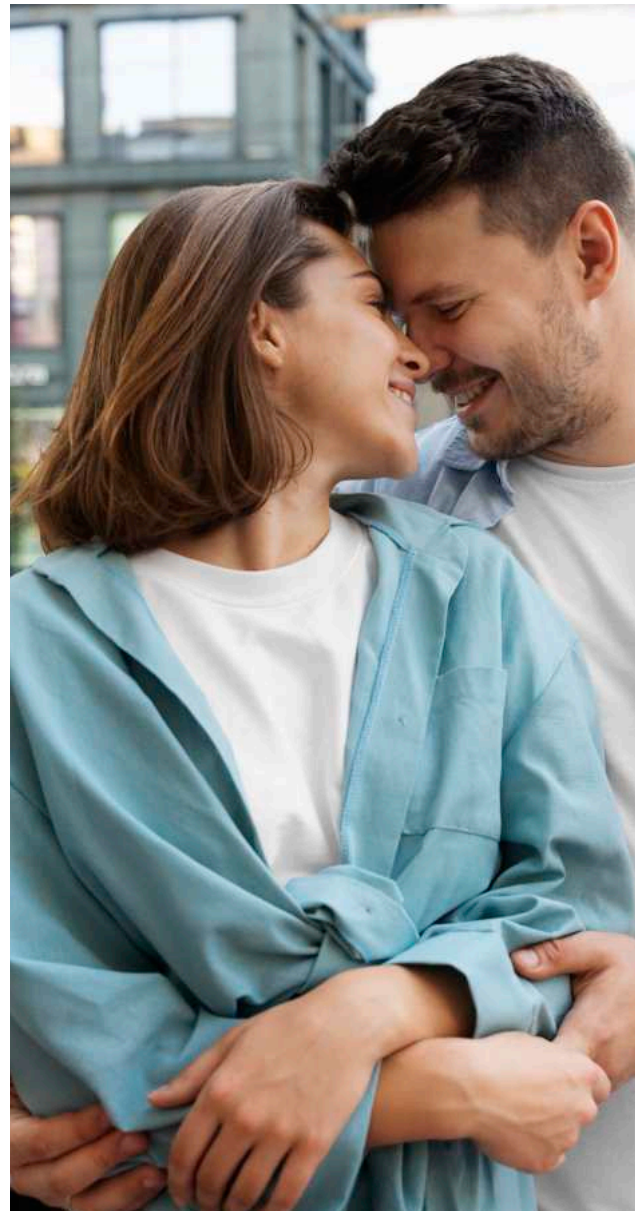
- Cocriação de significados – o modo como cada um contribui para o relacionamento, como cada um valoriza o que o outro traz, encontrando um significado de relacionamento cocriado e para o qual ambos contribuem e se alimentem das suas contribuições.

Cada casal é único e tem o seu tempo próprio. Por isso, tem o direito e legitimidade de procurar o que considera melhor para si, dentro das várias respostas que existem. Contudo, muitas vezes encontram-se tão envolvidos e emaranhados acabando por não ter noção dos seus “pontos cegos”. O apoio especializado é uma ferramenta que pode fazer a diferença, facilitando o reconhecimento e desenvolvimento dos recursos pessoais e do casal, assim como na criação de outras estratégias

adaptativas.

Termino dedicando o poema de Vasco Gato (2016) a todos os casais que leiam estas palavras e que nelas reconheçam o quão especiais são e é a sua relação.

*“Quando te beijo o beijo que tu me beijas
É que a flor envolve a terra que toca a flor
E é só a forma de os meus lábios dizerem que sim
E de os teus lábios dizerem que não
Que não houve tempo antes de nós”*



À VENDA NA APFERTILIDADE*



Associação Portuguesa de
Fertilidade



*Para comprar envie email para geral@apfertilidade.org

NUTRIÇÃO

A (IN) FERTILIDADE NUMA SOCIEDADE ACELERADA



Noélia Arruda

Nutricionista funcional e holística

A viragem na saúde humana tem como resultado a revolução industrial (descoberta do açúcar e conservantes dos alimentos) e a fome provocada pela 2ª guerra mundial. Não passaram assim tantos anos desde que os nossos bisavós faleceram e ainda chegamos a conhecer os nossos avós e os inúmeros irmãos dos nossos avós e a quantidade de tios que ainda hoje temos ao nosso redor. Porém, não temos muitos primos e muito menos muitos irmãos...

Atualmente, cada vez mais tarde, os casais começam a pensar em ter filhos... Estudos referem que a idade média das mães aumentou e que o 1º filho aparece entre os 35 e 44 anos por questões profissionais e pela procura da estabilidade financeira!

Considero que (in)fertilidade é um grave problema de saúde pública... Já se fala da geração dos inférteis... É um problema mascarado que tem de ser abordado profundamente e rapidamente! Não é um problema os casais não estarem despertos para a nutrição como a base do sucesso para a fertilidade... O problema é que essa informação não está a chegar de forma clara aos casais: enquanto não se nutrir os genes, as células e os gâmetas, os casais continuarão no looping das listas de espera e processos de reprodução medicamente assistidos.

A Nutrição Funcional é a base da sobrevivência, desenvolvimento do ser humano e capacidade de reprodução da vida humana! Esta linha tem de ser encarada de forma objetiva para dar respostas às necessidades genéticas, corrigir os distúrbios provocados pelas gerações passadas e promover a saúde das gerações atuais e das gerações seguintes – aqui se fala em Epigenética!



Como nutricionista funcional e holística considero que a (in)fertilidade tem de assentar em fases, em gatilhos que comprometem naturalmente a infertilidade, e nos 10 pilares que contribuem para a fertilidade:

Entender o ciclo menstrual é a primeira fase

- O aparelho reprodutor feminino é muito complexo, na medida em que envolve de uma maneira sábia a harmonia entre a regulação hormonal com a fisiologia feminina. O ovócito secundário, ou seja, o óvulo pronto para ser fecundado, começa em desenvolvimento e crescimento 85 dias antes, isso significa que são 3 ciclos, quase 3 meses que o casal deve-se preparar a todos os níveis para promover uma gravidez viável e gerar uma criança saudável! O ciclo inicia-se com o 1º dia da menstruação e termina normalmente aos 28 dias, e a contagem dos ciclos faz-se entre o 1º dia de uma menstruação e o 1º

dia da menstruação seguinte. A fase lútea varia em torno de 10 a 16 dias conforme o envelhecimento do ovário, sendo que 16 dias é o tempo ideal para a fase lútea na mulher. A primeira fase do ciclo a fase folicular, o ponto de viragem é a ovulação para a fase lútea. Na fase folicular há predomínio dos estrogénios e na fase lútea da progesterona.

O que compromete a Fertilidade e o papel da nutrição em todas esses desafios:

Obesidade – reduzir a percentagem de tecido adiposo com base na tríada da alimentação funcional, exercício físico e sono e monitorização da composição corporal com regularidade.

Desnutrição – repor alimentos chave e/ou suplementação para colmatar as carências de nutrientes demonstrados nas análises clínicas.

NUTRIÇÃO

Diabetes ou resistência à insulina – controle dos níveis de açúcar no sangue através de escolhas de hidratos de carbono com índices glicêmicos mais baixos e refeições com cargas glicêmicas baixas a moderadas.

Endometriose - contornar os desafios da incapacidade Anti-Ox do organismo através de uma abordagem alimentar e nutricional com antioxidantes e anti-inflamatórios, adequada e personalizada.

Síndrome do Ovário Poliquístico (SOP) – abordagem alimentar e nutricional com controle da resistência à insulina e controle do hiperandrogenismo, bem como a abordagem estratégica para contornar a inflamação dos quistos nos ovários

Disbiose - alteração das bactérias de uma determinada zona do organismo, por isso a reposição da população bacteriana característica, principalmente do aparelho reprodutor feminino, a fim de não danificar os espermatozoides.

Stress Crônico & Ansiedade – regulando o ciclo circadiano com boa higiene de sono e modulando o cortisol a fim de reduzir a estimulação de tecido adiposo e aparecimento da resistência á insulina.

Envelhecimento ovariano – opções de estilo de vida, alimentação e suplementação adequada para retardar a diminuição hormonal e prolongar da idade reprodutiva.

Doenças autoimunes & Doença Celíaca – estratégias alimentares glúten-free e que evitem a inflamação característica dessas patologias e uma adesão a um estilo de vida promotor de saúde.

Obesidade masculina – monitorização da composição corporal, estimulação do aumento da massa muscular pela atividade física, adequação dos

hábitos alimentares e uma suplementação essencial para sémen de boa qualidade e quantidade.

Os 10 Pilares que defendo para a fertilidade:

Alimentação & Nutrição funcional - A nutrição de todas as nossas células deve ser a primeira ação de atuação na fertilidade, através do consumo de alimentos ricos em nutrientes que fornecem os macro e micronutrientes necessários para tornar óvulos com melhor conteúdo celular e espermatozoides mais férteis. Uma abordagem aos hábitos alimentares, com foco em alimentos específicos que promovem a saúde dos óvulos e dos espermatozoides, melhora a fertilidade do casal. Os consumos alimentares devem estar de acordo com as preferências alimentares saudáveis e com uma seleção de alimentos funcionais (espargos ou cogumelos) e uma suplementação adequada para termos assim os nutrientes chave para formar óvulos mais fecundáveis e espermatozoides mais férteis.

Composição corporal - É fundamental uma avaliação do peso e dos vários compartimentos que estão na base do peso de um indivíduo, pelo que a percentagem de massa muscular deve ser sempre superior à percentagem de massa gorda. Como se sabe, o tecido adiposo em excesso compromete negativamente a saúde metabólica e hormonal, e os gametas sexuais não são poupados.

Trânsito intestinal - A saúde intestinal é muito importante para o equilíbrio físico e emocional. Quando existe disbiose intestinal (alteração das bactérias, fungos e parasitas intestinais) e uma maior permeabilidade intestinal e fragilidade da parede intestinal, há um aumento da inflamação

do organismo, o que contribui para o aumento do stress oxidativo nos óvulos.

Saúde vaginal - Todo o aparelho reprodutor feminino é colonizado por bactérias e fungos, que se podem manter em equilíbrio, mas é muito comum haver desequilíbrios bacterianos, ainda que assintomáticos. Além disso, a disbiose vaginal cria um ambiente hostil e reduz a saúde dos espermatozoides e isso pode contribuir para casos de infertilidade sem causa aparente.

Análises - O estudo dos dados analíticos e bioquímicos permitem detetar desvios da normalidade e reposição dos nutrientes para níveis ideais e prevenir que desequilíbrios nutricionais que possam estar a comprometer a fertilidade.

Qualidade do sono - Uma boa higiene do sono é fundamental para elevar os níveis de melatonina no organismo. A melatonina em como função regular o sono mas a sua principal função no organismo é como o principal antioxidante do ovário e entra em ação aquando do processo de fecundação para reduzir o stress oxidativo normal nesta etapa. Uma boa higiene do sono, tanto em quantidade como em qualidade, permite o organismo regenerar durante a noite, através dos vários ciclos de sono e promover o equilíbrio das reações metabólicas e fisiológicas durante o dia. A evidencia científica reforça que noites mal dormidas eleva os níveis de cortisol que por sua vez, altera as hormonas do apetite e da saciedade.

Mindfulness - O estado emocional é muito importante para o foco em pensamentos, sentimentos e sensações, no aqui e no agora, e sem julgamentos. Uma filosofia de vida em que se vive

cada momento de forma mais plena e consciente permite um melhor relacionamento connosco e com quem nos rodeia além de uma relação mais saudável com o que nos acontece no dia-a-dia com intensão e propósito superior.

A atividade física e o exercício físico - São recomendados sempre como um alicerce da saúde, na medida em que promove o aumento da massa muscular, redução do tecido adiposo e especialmente o correto funcionamento hormonal, principalmente da tiroide que é a hormona maestra das hormonas sexuais e da fertilidade. Permite estimular hormonas maestras do organismo como a tiroide, que por sua vez estimula e ativa hormonas sexuais para melhores níveis de estradiol. Ainda assim, a atividade física melhora a entrada do açúcar para as células e sua metabolização em vez de ser acumulado na forma de gordura corporal ou levar ao desenvolvimento de resistência à insulina ou diabetes.

Acupunctura - Os fundamentos da medicina chinesa são milenares e abrangem o individuo no seu todo. As sessões têm como objectivo o relaxamento e equilíbrio energético bem como o uso de suplementação que repor défices nutricionais como coadjuvantes da fertilidade.

Patologias - Determinadas patologias como a Síndrome do Ovário Poliquístico, a endometriose e a baixa reserva ovárica condicionam muito a fertilidade. Contudo, existe uma série de fatores escondidos e assintomáticos que podem atrasar a conceção, por isso, uma abordagem em equipa multidisciplinar permite silenciar determinados fatores e conseguir uma gravidez de sucesso.

TESTEMUNHOS

NO CAMINHO PARA CONQUISTAR A FAMÍLIA SONHADA



A infertilidade entrou para a nossa família em 2017. Bateu à porta sem avisar e entrou sem pedir. Queríamos uma família grande e começámos a tentar engravidar no final de 2016.

Depois de um ano a tentar engravidar fomos encaminhados pela médica de família para a consulta de fertilidade do Serviço Nacional de Saúde. Esta foi a nossa rampa de lançamento neste mundo à parte que se revelou ser a infertilidade. Ninguém espera ter de lidar com a infertilidade, muito menos ser privado de algo tão natural como ter filhos.

Estando já na lista de espera do Serviço Nacional de Saúde, engravidámos de forma natural, sem tratamento. Não é possível descrever a alegria e a emoção do momento em que ouvimos o batimento cardíaco pela primeira vez, foi o melhor som do mundo. Mas a alegria durou pouco, na ecografia das doze semanas o batimento cardíaco que nos fazia sorrir de uma forma única deixou de se ouvir. Naquele momento o som mais prazeroso do mundo deu lugar a um silêncio impossível de descrever. Soube naquele momento, no início daquele silêncio interminável, que a nossa família continuava a ter dois elementos. Foi um momento muito difícil, mas passados uns dias já estávamos no consultório da nossa médica para receber novas orientações. Fomos informados de que para podermos voltar a ter acesso à lista de espera do Serviço Nacional de Saúde teríamos que passar por aquela situação mais duas vezes, só aí seríamos novamente “realmente inférteis” aos olhos do Serviço Nacional de Saúde.

Decidimos que íamos seguir o nosso caminho recorrendo a serviços de saúde privados. Aqui abriram-se as portas para um mundo novo. Tínhamos de escolher uma clínica e isso passava por pesquisar o que existia e conseguir referências das equipas médicas. Contactámos com algumas clínicas muito conhecidas, mas não surgia empatia. Eu particularmente sentia que seríamos só mais um casal, só mais um número para a estatística e isso não me preenchia.

Sempre acreditámos em duas coisas que nos sustentaram ao longo de todo o processo. A primeira é que nós já éramos muito felizes a dois e por isso muito mais preparados para tudo o que pudéssemos ter de enfrentar. A segunda é que queríamos sentir confiança na equipa com quem fôssemos trabalhar. Depois de alguma pesquisa e de conhecer o exemplo de uma amiga, optámos por uma clínica em Barcelona, a Dexeus. É uma clínica reconhecida a nível mundial pelo trabalho de investigação que desenvolve, principalmente na área da fertilidade. Tivemos a sorte de ter como médico responsável pelo nosso caso um dos fundadores da clínica, um médico com uma experiência muito ampla nesta área.

Foram-nos pedidos vários exames, que fomos fazendo em Portugal antes de irmos a Barcelona pela primeira vez. Fomos aconselhados a fazer uma fertilização in-vitro e foi o que fizemos. Não sabíamos o que esperar. Não conhecíamos os procedimentos, mas sabíamos o que queríamos e que estávamos dispostos a tudo o que nos fosse possível. Sempre estivemos envolvidos na mesma medida e para nós esta era a única forma de avançar. Uma enfermeira explicou ao Luís como administrar a medicação e foi sempre ele que o fez daí para a frente. Estas partilhas são essenciais para que seja um processo realmente a dois.

Tivemos episódios muito especiais ao longo do nosso percurso de infertilidade. Recordo hoje com nostalgia o momento em que o Luís teve de me administrar a medicação no aeroporto e demos por nós a tentar adivinhar o que estariam as pessoas a pensar ao ver-nos naquela situação. Durante os tratamentos chegámos a ficar várias semanas fechados num quarto de hotel. Nestes momentos a cumplicidade torna-se num dos nossos maiores tesouros. Caso contrário todo o processo seria muito mais difícil.

Somos muito práticos e ponderados e creio que isso nos tem facilitado todo este caminho. Nunca pensámos em desistir, mas sempre tivemos os pés no chão, sabendo que as vitórias

TESTEMUNHOS

são consideradas a cada fase do tratamento. Desta forma estamos mais preparados para tudo o que possa acontecer. A infertilidade faz parte da nossa família há cinco anos. Sempre preferi olhar para cada tratamento como mais uma possibilidade de sabermos o que nos impedia de engravidar, pois assim que soubéssemos com o que estávamos a lidar poderíamos agir de forma mais realista. Foi por este motivo que nunca senti que estava tudo perdido no final de cada tratamento, todos nos deram algo.

Hoje sabemos que a idade dos meus ovócitos não corresponde à minha idade real, e que é isso que dificulta o processo natural. Também dificulta o processo médico, por ser difícil encontrar os óvulos de maior qualidade.

Conseguimos o nosso primeiro teste positivo na terceira fertilização in vitro. Como por vezes acontece, foi precisamente no tratamento em que tudo parecia estar a correr mal. Em plena pandemia de covid e sem voos na Europa, decidimos fazer a viagem de carro no dia em que as fronteiras terrestres abriram. Atravessámos Espanha num carro sem ar condicionado, com 42 graus lá fora e com uma bolsa de medicação que tínhamos de manter fresca, substituindo o gelo várias vezes ao longo do percurso. Gelo que não era fácil de encontrar, com as lojas encerradas devido à pandemia. Uma das dificuldades maiores nos tratamentos de fertilidade são os efeitos secundários, físicos e psicológicos, das doses massivas de hormonas a que somos sujeitas. Digamos que não foi uma viagem fácil... Mas hoje temos uma história especial para partilhar com a Sofia, a nossa filha de 18 meses, que foi o resultado desse tratamento.

A dificuldade em engravidar não diminuiu a nossa vontade de ter uma família grande. Logo que nos foi possível, partimos em busca de uma segunda gravidez. A quarta tentativa voltou a não correr bem e estamos neste momento a meio do nosso quinto tratamento.

Lidar com as expectativas e as esperas é talvez o maior desafio psicológico. Esse e o desafio financeiro de pagar tudo do nosso bolso



são possivelmente os dois maiores entraves ao sucesso de quem se vê forçado a enfrentar a infertilidade.

Quando nos dizem que admiram a nossa coragem e dedicação, agradeço, claro, mas sinto-me grata por podermos continuar a tentar. Coragem têm os que não podem tentar ou os que já esgotaram todas as suas possibilidades sem conseguirem um resultado positivo.

Tento sempre encontrar um lado positivo na dificuldade. Neste caso, é por exemplo a possibilidade de acompanhar uma gravidez desde as primeiras células. Ou o aprender a ser mais paciente e a ver a gravidez como o milagre que realmente é.

Nós nunca nos sentimos menores ou uns patinhos feios. Mas sabemos que a infertilidade ainda está envolta em muitos mitos e preconceitos, que provocam sentimentos de culpa e de vergonha em muitos casais. Desmistificar é um dos trabalhos que importa continuar a fazer.

Temos muito orgulho do nosso percurso e do que conseguimos conquistar com o esforço com que enfrentámos as nossas circunstâncias. Há momentos que farão para sempre parte da nossa intimidade e privacidade, mas são momentos especiais, guardados com todo o carinho por nós. Preferimos contar uma história de persistência e de superação aos nossos filhos do que partilhar um conjunto de lamentos e de queixumes. Não é de todo um caminho leve, mas acredito que depende muito da forma como olhamos para o que temos de enfrentar.



Ainda estamos no início do nosso caminho para conquistarmos a família com que sonhámos. Mas é claro que o caminho agora a três é mais colorido.

Criei o canal de Youtube **Conversas em Família** onde vou partilhando os tratamentos, momentos do crescimento da Sofia e temas relacionados com a infertilidade. Espero conseguir chegar a mais famílias com o objetivo de informar, acompanhar e dar esperança a quem se encontra no mesmo percurso, em qualquer fase do trajeto.

Lembro-me de um dia no centro de saúde me dizerem que se calhar já era hora de aceitar que não ia ter filhos. Lembro-me que a minha reação foi sorrir. Não havia o que dizer, aquelas palavras nunca me fizeram sentido. Por segundos até duvidei que me fossem dirigidas a mim.

Se puderem, não desistam. Não existe sucesso sem dedicação. E aqueles dois risquinhos podem estar à distância da próxima tentativa.

Eunice Lucas

TESTEMUNHOS

“NÃO ESTÃO SOZINHOS, NÃO SÃO INVISÍVEIS!”

Aqui estou, uma mulher como milhares de outras a trazer no coração desde pequenina, o sonho de ser mãe!

Chamo-me Sónia Vieira, tenho 42 anos, acabados de fazer, e se por um lado sou muito grata por todas as voltas ao Sol que dei, por outro, é como se cada aniversário seja um “contrarrelógio” a lembrar-me que o meu “prazo de validade” para poder gerar o meu filho, está a terminar...

A infertilidade tornou-se ela própria, quase um membro da família, que exige paciência, dedicação, educação, investimento a todos os níveis e principalmente muito Amor!

Conheci o Carlos em 2008 e o sonho que já vivia em cada um de nós, passou a ser um só quando nos apaixonámos. Durante dois anos tentámos ser pais naturalmente, sem sucesso, nesses dois anos ficámos noivos, mudámos de emprego e preparámos com muita alegria o nosso casamento. Tínhamos a convicção que eu teria de ajustar o meu vestido de noiva, que casaríamos grávidos, mas não. Conversámos e decidimos que se não acontecesse até voltarmos da lua de mel, que procuraríamos ajuda médica, para tentarmos perceber o que estava a impedir. Não aconteceu e marcámos consulta de planeamento familiar com o nosso médico de família. No processo de fazer análises e exames, esperar pelos resultados, tentámos o coito programado, o completo “anti-romance”, que também não surtiu qualquer efeito, para além de nos fazer sentir mecânicos.

Os resultados chegaram e na altura, para além da anemia que me acompanhava desde que comecei a menstruar (herança genética) e miomas minúsculos nas paredes externas do útero (que segundo o nosso médico, não eram impeditivos de uma gravidez), nada mais se apresentava. Mas os resultados do espermograma não eram animadores e a confirmação que para sermos

pais, teríamos de recorrer à PMA (Procriação Medicamente Assistida), caiu como um raio na nossa vida, foi como se nos dissessem – “Esta é a Infertilidade e vai passar a viver convosco!...” A partir daí, o nosso médico informou-nos que teríamos de fazer mais alguns exames e numa tentativa de agilizar o processo, encaminhou-nos para o hospital de Cascais, onde o nosso processo foi literalmente empatado, exames e consultas constantemente desmarcados e remarcados meses depois por não comparência dos profissionais...

Quase 3 anos nesta situação, por fim, tudo o que o nosso médico de família nos tinha informado foi o que se confirmou. Como o hospital de Cascais não tinha departamento de PMA, a médica deu-nos duas hipóteses: enviar o nosso processo para um centro público em Lisboa, cujas listas de espera para a primeira consulta eram de dois a três anos; ou encaminhar-nos para o Hospital Pêro da Covilhã, onde a lista de espera para a primeira consulta seria bem menor.... Escolhemos a segunda hipótese, que ficava a cerca de 300 kms da nossa residência.

Em cerca de três a quatro meses chegou a tão esperada consulta, a viagem da esperança, com destino a uma solução. Foi assim, com esse pensamento, que a fizemos, a imaginar o nosso futuro, mas logo que chegámos, a enfermeira que nos recebeu deu-nos um banho de pessimismo, a falar de quão caros seriam os medicamentos, mesmo com comparticipação do SNS, da quantidade de pessoas que tentavam e não conseguiam, etc., etc...

Não me vou esquecer do silêncio na sala de espera, dos rostos tristes e de um casal que chegou depois de nós, também encaminhados do Hospital de Cascais... Na consulta, tudo certo, um médico muito atencioso e simpático, reforçou



a informação de que o nosso caso realmente necessitava de técnicas de PMA, mas não era considerado grave. Então, o médico disse-nos que tinha uma má notícia para nos dar, éramos considerados muito jovens (eu perto dos 33 anos e o meu marido com 34 e, portanto, ficaríamos no fim da lista de espera, por tempo indeterminado. Quando perguntei como assim, se seriam 1, 2 ou 3 anos, o médico disse que não podia responder, que não sabia, que podíamos nunca vir a ser chamados, porque tinham de dar prioridade a casais no limiar da idade máxima permitida (40) e a casos de comprometimento da fertilidade por doenças graves.

Não será difícil imaginar que saímos de lá completamente destroçados, se para lá a viagem foi com os corações repletos de elevada esperança,

o regresso a casa foi em lágrimas, em choque, em revolta e já a pensar em outras alternativas. Na altura, a situação económica do nosso país não era nada animadora, os nossos ordenados não comportavam os custos altíssimos dos tratamentos no privado. Falei com uma tia minha, a quem serei sempre grata e cerca de dois meses e meio depois, metemos literalmente o nosso sonho na mala e emigramos! Pedir crédito estava fora de questão, até porque, na infertilidade, é impossível prever o investimento que necessitaremos na totalidade. Por outro lado, amealhar uma quantia razoável demoraria anos e o tempo nestes casos é nosso completo inimigo.

Não era um adeus, era um até já!

Fomos sem promessas de nada, mas com a certeza do que queríamos e por que íamos

TESTEMUNHOS

e que valeria a pena. O “e se?” não faz parte do nosso vocabulário, não somos conformistas, nem conformados.

Apesar de muitos desafios, conseguimos trabalho, depois alugar um apartamento e nos estabelecermos, mas quando tudo se começava a vislumbrar positivamente, uma série de acontecimentos, entre eles a perda de entes queridos e a falta de honestidade do patrão do meu marido, abalou tanto a nossa vida, que com tudo o que tivemos de lidar, acabei por sofrer uma paralisia facial (Paralisia de Bell). Fiquei com metade do rosto completamente paralisado e tive de ser submetida a tratamentos com corticosteroides, de conseguir recuperar a nível físico e emocional, num total de um ano de recuperação.

Assim que tudo acalmou, procurámos um centro de PMA, mais uma série de exames, repetição de outros e, desta vez, eu tinha os valores da tiroide desregulados. Fiz tratamento durante um ano e antes do final do mesmo, o especialista em PMA que nos acompanhava informou-nos que poderíamos avançar para uma IIU (Inseminação Artificial/Inseminação Intrauterina). Fomos literalmente burlados, viemos a descobri-lo posteriormente por outros especialistas colegas dele, que nem era o tratamento ideal para o nosso caso, que as taxas de sucesso eram baixíssimas e, pior, que o procedimento foi antes do aval do meu endocrinologista.... Perdemos tempo, muito dinheiro e a minha saúde foi negligenciada.

Arrasados uma vez mais, chorámos o que tínhamos para chorar, reerguemo-nos e partimos para o plano C. No país onde estávamos, os valores dos tratamentos eram ainda mais insustentáveis e nem participação nos medicamentos, exames e análises tínhamos. Procurámos alternativas. A Polónia era o país com preços mais acessíveis, depois Portugal e depois Espanha e por ironia do destino, voltámos a procurar ajuda no nosso país, desta vez no privado, no maior e na altura considerado o melhor grupo de clínicas de reprodução humana em Portugal e no mundo... Uma fábrica onde somos tratados como um número de contribuinte e estatístico, exceto por



alguns excelentes seres humanos e profissionais que tivemos o privilégio de lá conhecer e que nos acolheram.

Uma FIV (Fertilização In Vitro) com recurso a ICSI (Microinjecção Intracitoplasmática de Espermatozóide), baixa reserva ovariana, 10 folículos puncionados, 9 fecundados, 6 com boa evolução e desenvolvimento até ao D5 (5º Dia), ótima qualidade celular, 4 Transferências Embrionárias no total, uma Transferência a Fresco e 3 TEC (Transferência de Embriões Criopreservados), duas tentativas sem qualquer sucesso, um positivo de teste de farmácia seguido dias depois de Beta HCG negativo e na última transferência, do último embrião, perto dos 41 anos, o primeiro Beta HCG Positivo, seguido de aborto espontâneo... Foi o maior impacto que sentimos em toda a nossa jornada, foi num momento uma felicidade inexplicável para no outro a seguir ficarmos sem chão... Ficámos sem embriões, a sentirmo-nos perdidos, como se voltássemos ao ponto zero... E agora? Agora, vem o plano D.

Chegámos a Portugal em Dezembro de 2018, a pensar que eu ficaria por uns 4 a 5 meses, que correria tudo bem à primeira, desta vez o dinheiro não seria um entrave... inocentes... mais uma vez a infertilidade a dizer que não controlamos nada... São já quase 4 anos... desgaste físico, psicológico, emocional, financeiro, amor vivido entre telefonemas, videochamadas, viagens do meu marido para cá e muitas saudades, outros sonhos em "stand by", uma pandemia pelo meio... ao longo do processo, suporte e amor de poucos... falta de empatia e incompreensão de muitos, com conselhos ignorantes e cansativos para irmos de férias, relaxar, deixar de pensar que acontecia, adotar, desistir e afins... Nunca é por mal, queremos acreditar que não, mas vêm de quem felizmente nunca passou pelo mesmo, nem entende patavina do assunto. Só posso imaginar por exemplo, o que alguém sem ovários, ou sem trompas ou sem útero sentirá ao ouvir "dicas" destas!?

Depois de perdermos o nosso último embrião, pedimos um tempo à médica que nos seguia e ela largou-nos a mão... a bendita fábrica... demasiados pacientes, agendas demasiado preenchidas, não acontece só nos centros públicos, no privado também há falta de tempo para investigar cada caso com a dedicação e particularidade que cada um exige pelos diversos fatores e diagnósticos associados à sua infertilidade.

Sempre tivemos Fé, acreditamos em Deus independentemente de nomes que lhe atribuem,



de crenças religiosas, de religiões. Apareceu no nosso caminho, uma mulher incrível, a Margarida Formosinho, curiosamente filha de um obstetra consagrado em Portugal, que insistiu que falasse com um médico muito especial e da sua total confiança e assim o fizemos, não nos prometeu nada, além de dar o seu melhor e lutar connosco lado a lado, que nos disse que não descansaria enquanto não tivéssemos o nosso filho ou filhos nos braços. Ao extraordinário ser humano e brilhante profissional Dr, José Luís Metello a nossa

TESTEMUNHOS



gratidão infinita, quando o conhecemos desabei em prantos, um alívio, foi como encontrar um porto seguro, foi como se finalmente pudesse descansar e entregar o leme da nossa infertilidade a quem sabe comandar este navio!

Os nossos recursos financeiros tinham esgotado na última TEC e na nossa vida como na de todos os casais que passam por estes processos não temos apenas tratamentos para pagar, as

nossas despesas de vida "normal" continuam e aqui estamos a tentar tudo para conseguirmos suportar os custos dos próximos passos do plano D, a desejar que não seja necessário percorrer todo um abecedário para sermos pais.

Ao longo da nossa jornada temos crescido e aprendido imenso, muitas vezes nos sentimos sós, quando procurámos ajuda em 2010, a infertilidade ainda era um enorme Tabu. Tudo o que era falado,

discutido e desabafado, acontecia entre quatro paredes, ou em grupos privados de redes sociais na Internet, em Portugal, para além da Associação Portuguesa de Fertilidade, pouco mais havia quem falasse publicamente de infertilidade. Em 2017 decidi criar o início do meu projeto Mãe2bee (o Português na palavra Mãe e a língua universal o Inglês Meant to be - destinado a ser/acontecer), que começou com uma página pública de Facebook, blogue, Instagram, canal de Youtube e que tenciono levar mais longe assim que tiver oportunidade. Quando criei a **Mãe2bee** disse ao meu marido que, se conseguisse ajudar uma pessoa que fosse, já significava missão cumprida e hoje sinto uma felicidade imensa porque já ajudei mais do que uma, não há nada que pague isso!

Com a Mãe2bee fui trazendo a público testemunhos de quem atravessou as pedras para conseguir ter um filho, sensibilizando para este tema, partilhando informação, apoiando, conhecendo e divulgando estudos, técnicas e profissionais de todo o mundo.

A nossa viagem está ainda a decorrer e talvez por isso, entre vários convites para a contarmos que ficamos esquecidos, o facto de ainda não termos um filho no colo para apresentar ao mundo, ao som de música de piano e ao estilo conto de fadas, talvez fosse o motivo para sermos preteridos. Mas nós e todos os que ainda estão a enfrentar esta batalha merecemos ter voz, merecemos sentir que as nossas histórias incompletas para uns, podem ser motivos de identificação, força e motivação para outros, por isso queremos agradecer à

querida e inspiradora Joana Freire, à Associação Portuguesa de Fertilidade, por nos darem esta oportunidade de chegar a essas pessoas!

Não estão sozinhos, não são invisíveis! Por favor, não desistam, independentemente do vosso diagnóstico, das vossas condições, de como podem lutar e chegar aos vossos filhos, façam-no com as "armas/ferramentas" que puderem, atravessem fronteiras se for preciso, tudo vai valer a pena!

Espero também que se deixe de culpar as famílias, sempre com o mesmo discurso e contrainformação, nos meios de comunicação social, de que as pessoas procuram ajuda tardiamente, não é verdade. O nosso caso é um exemplo entre milhares de outros, fomos colocados de parte por sermos muito jovens! A falta de recursos humanos e materiais nos centros públicos é gritante, tanto na área da infertilidade como da Obstetrícia e Neonatologia. É urgente, para ontem, investimento nestas áreas, até porque é de conhecimento geral o envelhecimento da população portuguesa, a baixa natalidade que tem vindo a decrescer cada vez mais, é urgente também a revisão e melhoria das leis de adoção, que necessitam de ser mais céleres e menos burocráticas e tirar da suspensão, as leis de gestação de substituição.

Não é tempo de apontar culpados, descartar responsabilidades uns aos outros, mas será sempre tempo para sermos uns para e pelos outros e juntos procurarmos evoluir!

Sónia Vieira

APFERTILIDADE EXPLICA...



É uma técnica de Procriação Medicamente Assistida e está prevista na Lei da PMA, no Artigo 48.º - Rastreamento de aneuploidias e diagnóstico genético pré-implantação. A designação complexa serve para identificar o teste que permite o nascimento de uma criança sem que seja portadora de doença genética ou que possa ajudar no tratamento de um irmão ou irmã que sofra de doença grave.

Com a sigla DGPI ou PGT (Teste Genético Pré-implantação), em Portugal, só é possível ser realizado através do Serviço Nacional de Saúde no Centro Hospitalar Universitário de São João, no Porto. É uma técnica disponível ainda em instituições privadas, mediante o pagamento de valores que variam consoante a doença cuja presença se pretende confirmar.

O que é o DGPI/PGT?

É uma técnica precoce de diagnóstico pré-natal, realizado em embriões obtidos por fertilização in vitro (FIV) com microinjeção intracitoplasmática, quando existem situações de alto risco de transmissão de uma doença genética grave à criança a nascer. Através deste procedimento pretende-se detetar a existência de uma anomalia génica ou cromossómica nos embriões, o que possibilita a transferência para o útero de embriões geneticamente normais quanto à doença que é analisada pelo teste.

Dependendo da patologia a averiguar, pode ser designado por PGT-M (Preimplantation Genetic Testing for Monogenic diseases), para casos de doenças monogénicas, PGT-SR (Preimplantation Genetic Testing for chromosomal Structural Rearrangements), para anomalias cromossómicas estruturais, e PGT-A (Preimplantation Genetic Testing for Aneuploidy), para aneuploidias, doenças caracterizadas por um número anormal de cromossomas numa dada célula.

Quando é utilizado?

Em situações em que a mulher ou o homem sejam portadores de doenças genéticas com um risco maior ou igual de transmissão a 25% para o feto. Pode ainda ser considerado quando um casal tem um filho com uma doença hemato-oncológica, existe a necessidade de transplante de medula óssea, mas não há dador compatível. Nestas situações, o DGPI é usado para selecionar embriões com HLA (antigénio leucocitário humano) compatível.

Também quando uma criança tem uma doença genética, os pais podem recorrer ao teste para selecionar embriões saudáveis que possam levar ao nascimento de outros filhos, que se tornam dadores de células estaminais para ajudar no combate da doença do irmão ou irmã.

Outras situações são anomalias do cariótipo, abortos consecutivos, risco de transmissão ao feto de cancro hereditários.

Como funciona?

Sem que existam problemas de fertilidade no casal, o processo começa como se de um tratamento se tratasse. É feita a estimulação ovárica e posteriormente a recolha de ovócitos e esperma. Recorre-se a uma FIV e em seguida é feita uma biópsia aos pré-embriões que resultarem da fertilização, através da remoção de uma ou duas células dos mesmos. São estas células que vão ser analisadas a nível genético. Apenas os embriões cujo DGPI tenha dado resultados normais serão utilizados para a transferência e tentativa de gravidez.

Como se pode ter acesso ao DGPI/PGT?

É necessária ida a uma consulta de aconselhamento genético com um médico especialista em Genética Médica, que deve atestar por escrito que existem razões específicas para que se realize o diagnóstico. O casal fica ainda obrigado ao preenchimento e assinatura do consentimento informado sobre o processo. A realização do DGPI pode depender de autorização prévia do Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA), que delibera, caso a caso, sobre a utilização das técnicas de PMA para a seleção de embriões com HLA para efeitos de tratamento de uma doença grave.

Quando não existe uma definição legal de doença grave, o CNPMA considera que devem ser tidas em conta doenças que causam sofrimento significativo e/ou morte prematura

Onde é realizado?

A nível de unidades de saúde públicas, o teste apenas é realizado a nível nacional no Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ). Existem clínicas e laboratórios privados que também realizam o DGPI, sendo que aqui se praticam os mesmos critérios de acesso ao teste.

PROCOLOS



A APFertilidade estabeleceu novas parcerias. Saiba mais sobre os benefícios disponíveis para os nossos associados **aqui**.

VITALITY CLINIC

Rua Poeta Bocage, nº 2, 2 E
1600-233 Lisboa
Tel | 219 822 135
Tel | 962 510 911
Email | info@vitalityclinic.pt

10% de desconto sobre o valor de tabela nas seguintes especialidades:

Nutrição Funcional

- Primeira Consulta: 85€, 76,5€ com acordo;
- Consultas Seguintes: 70€, 63€ com acordo;

- Consulta de Disfunção da Tiróide e Doenças Auto-imunes: 95€, 85,5€ com acordo.

Medicina Tradicional Chinesa

- Primeira Consulta: 60€, 54€ com acordo;
- Consultas Seguintes: 40€, 36€ com acordo;
- Tratamentos de acupuntura clínica: 35€, 31,5€ com acordo;
- Tratamentos de acupuntura estética: 40€, 36€ com acordo;
- Massagem Tuina: 40€, 36€ com acordo.

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



Associação Portuguesa de
Fertilidade

www.apfertilidade.org