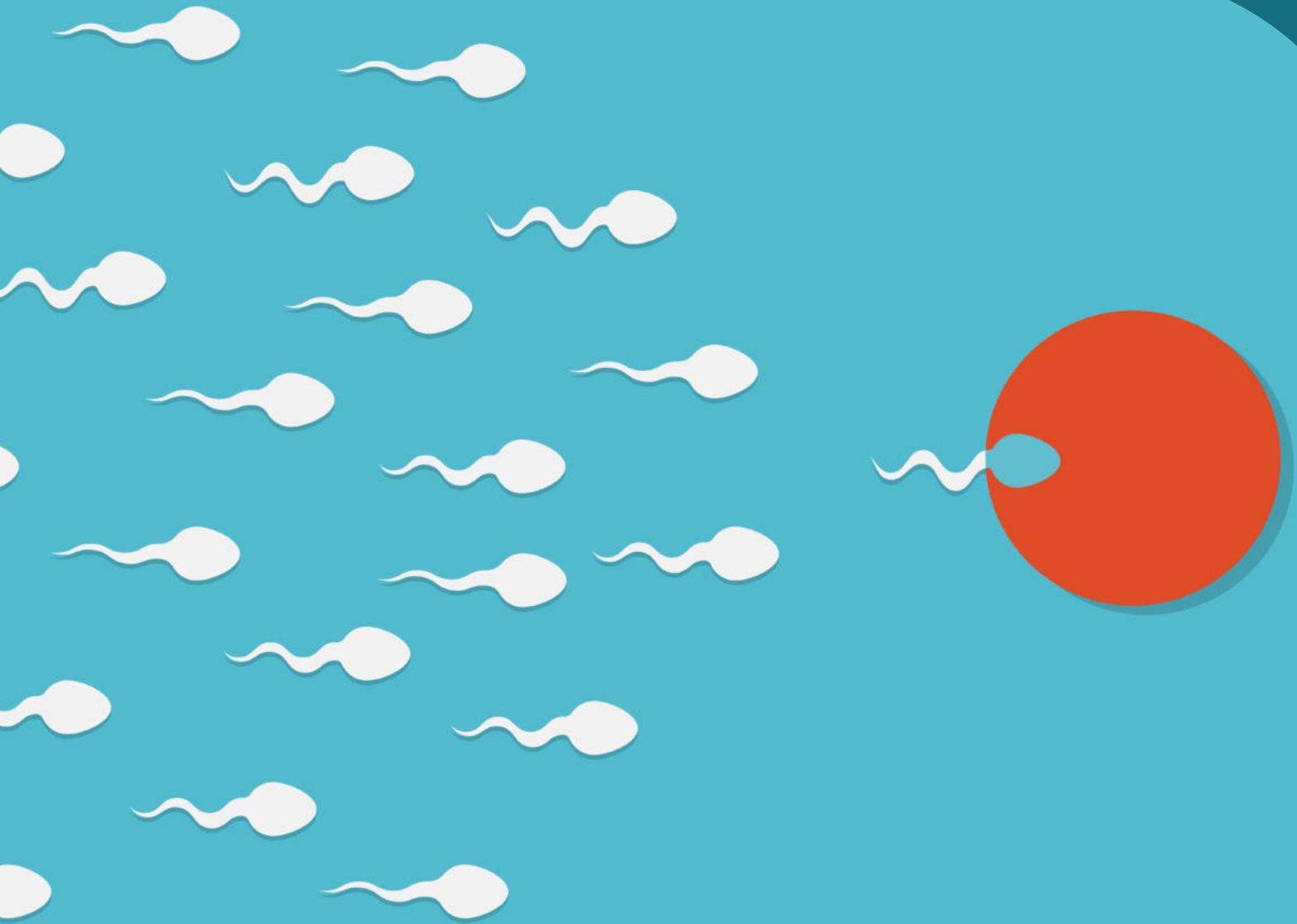


# + Fertilidade

magazine



---

## EDITORIAL

Na fila de espera por um filho

---

## APOIO PSICOLÓGICO

Aspetos psicológicos da infertilidade masculina

---

## TESTEMUNHOS

O caos perfeito





Associação Portuguesa de  
**Fertilidade**

# Índice

# 04

## EDITORIAL

Na fila de espera por um filho

# 06

## NOTÍCIAS

# 12

## ARTIGOS

Como se selecionam os dadores de gâmetas para os tratamentos? Quero registar o meu bebé que nasceu com PMA. E agora?

# 24

## INVESTIGAÇÃO

Causas e formas de prevenção e preservação da infertilidade

# 28

## ENTREVISTA

Banco Público de Gâmetas tem "dificuldade em competir com a publicitação" dos privados

# 32

## APOIO PSICOLÓGICO

Aspetos psicológicos da infertilidade masculina

# 38

## NUTRIÇÃO

Nutrição como blocos de construção da fertilidade masculina

# 42

## TESTEMUNHOS

Ainda dói muito, tanto, tanto  
O caos perfeito

# 48

## APF EXPLICA...

Explicar e desmistificar a (in)fertilidade  
Vídeo e Podcast

# 50

## PROTOCOLOS

## EDITORIAL

# Na fila de espera por um filho



**Cláudia Vieira**

**Presidente da APFertilidade**

A infertilidade é uma doença. Afeta uma em cada seis pessoas no mundo. Em Portugal, estima-se que perto de 300 mil casais enfrentem dificuldades em ter filhos naturalmente e dependam de ajuda médica para tentarem constituir a sua família. Falamos de pessoas com um problema de saúde para o qual existem tratamentos, possíveis respostas para serem pais, mas a que não têm acesso por atropelos de secretaria que arrastam regulamentações ou pelos quais aguardam anos no Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Ainda que seja obrigação do Estado em assegurar este apoio e tratamento, a realidade é que

a fertilidade se trata de uma área negligenciada, com profissionais de saúde levados ao limite a integrarem equipas de Procriação Medicamente Assistida (PMA) e Ginecologia e Obstetrícia em simultâneo, embriólogos sem o devido reconhecimento pela carreira, ausência de infraestruturas e equipamentos adequados, falta de dadores de gâmetas nas unidades do SNS e inexistência de centros públicos de fertilidade em toda a zona Sul do país e Açores.

Desde a sua fundação, em 2006, ano da entrada em vigor da Lei da PMA, a Associação Portuguesa de Fertilidade tem acompanhado as consequências que esta realidade tem na vida dos que desejam ser pais e que, sem o recurso ao SNS, perdem a possibilidade de o tentar.

Falar de natalidade é também falar de quem defende o seu projeto de parentalidade, mas o vê limitado por políticas de saúde pouco eficazes e medidas legislativas que se arrastam no tempo, num país estatística e tristemente envelhecido. É sabida a necessidade de aumentar o número de nascimentos, criando melhores condições económicas e sociais, incluindo a atribuição de apoios à maternidade, mas há que questionar onde estão as ajudas aos casais com problemas de fertilidade.

Tem sido essa a questão que a APFertilidade continua a levar junto dos grupos parlamentares e governo, a quem pede respostas atempadas e justas para quem vê a porta do SNS fechar-se com tempos de espera inaceitáveis (entre um a três anos), com o limite da idade da mulher, que

após os 40 anos perde o acesso a tratamentos como a fertilização in vitro ou injeção intracitoplasmática, tratamentos estatisticamente mais eficazes nestas faixas etárias que os restantes, ou com a espera há mais de cinco anos para que a única alternativa para serem pais biológicos seja regulamentada, como é o caso da Gestação de Substituição.

Para alguns destes casos passa a existir uma única resposta, longe de ser inclusiva – recorrer a clínicas privadas, mediante o pagamento de milhares de euros por um tratamento. O direito a ter filhos oscila, assim, entre um SNS refém de orçamentos deficitários e exaustão dos profissionais de saúde, e a capacidade económica ou endividamento para pagar tratamentos no privado, mas com a promessa de que em pouco tempo são realizados.

Estive entre estes casais, partilhei da mesma dor e frustração e agora, 15 anos depois de ter sido mãe com a ajuda da PMA, não consigo ser indiferente ao facto de muito pouco ter mudado no SNS, mesmo depois das muitas promessas que, enquanto membro da APFertilidade, fui ouvindo da boca de muitos responsáveis a quem cabia o poder e a obrigação de fazer diferente e melhor em prol daqueles que estão na disposição de contribuir para um país mais jovem e mais inclusivo.

Senhores governantes, políticos, decisores deste país, o futuro também passa por estas pessoas que aguardam desesperadamente por uma oportunidade. Não são precisos incentivos de natalidade para as convencerem a serem pais, mas de um SNS eficiente e compreensivo e um Ministério da Saúde sensibilizado e atento.

**Deixem essa passividade e ajam!**

## **APFertilidade leva literacia em saúde reprodutiva às escolas e futuros médicos**

A literacia em saúde reprodutiva é uma das principais preocupações da APFertilidade. Informar e sensibilizar para a preservação e prevenção da infertilidade é essencial para ajudar a evitar problemas que possam impedir mais tarde a concretização de um projeto de parentalidade e que se fale das fragilidades que esta área da medicina continua a registar.

O objetivo é desenvolver projetos que levem a fertilidade às escolas e universidades e se torne um tema a incluir quando se fala em saúde. Com o aumento de casos de infertilidade confirmado no último relatório sobre o tema da Organização Mundial de Saúde – uma em casa seis pessoas, em idade reprodutiva, sofre desta doença –, a APFertilidade quer assumir parte da missão de informar, seja por iniciativa própria, com o apoio de entidades, ou em resposta a convites, como os que foram endereçados à associação por três escolas secundárias e tem sido, anualmente, pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS).

Um dos estabelecimentos de ensino que recebeu a APFertilidade foi a Escola Básica e Secundária de Baião para falar numa aula de Biologia do 12º ano sobre uma das causas de infertilidade, a síndrome Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser, como é viver com esta condição e que experiências e aprendizagens traz à vida da mulher.



Outro dos convites recebidos veio da Escola Secundária de Pombal, também para uma aula de Biologia do 12º ano, mas para partilhar informação sobre o impacto da infertilidade no casal a nível psicológico. Antes do ano letivo terminar, a associação realizou três sessões de esclarecimentos na Escola Prof. Pedro d'Orey da Cunha, na Amadora. Os alunos do 9º ano tiveram a oportunidade de aprender sobre concepção, fertilidade e a importância de adotar comportamentos saudáveis para que um dia, se desejarem, possam ser pais.

Nos últimos anos, o ICBAS, no Porto, tem convidado a presidente da APFertilidade para falar sobre infertilidade do ponto de vista dos pacientes aos alunos de Mestrado Medicina de Reprodução. Cláudia Vieira explica a estes futuros profissionais de saúde as principais dificuldades que os casais enfrentam no seu caminho pela fertilidade, os números mais recentes da PMA, as necessidades que continuam sem a atenção no atendimento e acompanhamento médico, entre outras questões.



## NOTÍCIAS

# 17 anos de APFertilidade celebrados entre direção, associados e amigos

No último dia 20 de maio a sede da APFertilidade, em Lisboa, encheu-se de boa disposição, com alguns dos membros da direção a receber associados e convidados para a celebração do seu 17º aniversário.

Bolo, doces e salgados, energia de adultos e crianças, troca de histórias e experiências, antes de se cantar os parabéns e distribuir fatias, a presidente da APFertilidade, Cláudia Vieira, partilhou algumas memórias e palavras de agradecimento a quem ajudou a associação chegar a 2023 como uma instituição de confiança e representante dos que precisam de ajuda para serem mães e pais. Reveja um dos momentos especiais desse sábado [aqui](#).





## “MAC à espera do nunca” apresentado na Rua de São Bento

O livro de Dina Lopes recebeu desde cedo a atenção da APFertilidade e dos leitores, e no dia 17 de junho, “MAC à espera do nunca” esteve em destaque na sede da associação, na Rua de São Bento, em Lisboa.

O livro foi apresentado numa sessão aberta ao público, na qual esteve a autora, Joana Freire, da associação e João Sequeira Alves, ginecologista e obstetra, especializado em endometriose, doença que afeta Dina Lopes e impediu que fosse mãe até aqui.

Além da apresentação do livro, analisou-se a importância de falar sobre saúde reprodutiva e da sociedade ter mais conhecimento sobre este tema. Dina Lopes aceitou partilhar com os leitores da +Fertilidade o seu testemunho e o que a levou a escrever “MAC à espera do nunca”. Para ler na [página 42](#) desta edição.



## NOTÍCIAS

# Pacientes de Portugal representados na ESHRE em Copenhaga

A Fertility Europe (FE), organização que reúne as associações de fertilidade europeias, e que a APFertilidade integra, voltou a ter a sua reunião geral no âmbito do encontro anual da ESHRE - European Society of Human Reproduction and Embryology, que decorreu entre 25 e 28 de junho, em Copenhaga, Dinamarca.

A associação esteve no encontro, representada pela diretora executiva, Joana Freire, e a psicóloga e coordenadora da rede de apoio psicológico da APFertilidade, Ana Galhardo. Este ano, a associação teve a oportunidade de partilhar com as suas congéneres na FE o trabalho desenvolvido pela IPSS ao longo dos últimos 17 anos e ainda as limitações legais que existem em Portugal quanto à procriação medicamente assistida.

Durante os trabalhos, houve um momento especial, a apresentação do projeto [Facts](#), que contou com a presença do presidente da ESHRE, Carlos Calhaz Jorge. Este jogo que tem como objetivo conhecer o que os jovens entre os 15 e 18 anos sabem sobre fertilidade. Portugal é um dos países que recebe o projeto piloto, e, em breve, haverá mais novidades sobre o Facts.

Entre os participantes na última edição da ESHRE estiveram profissionais de saúde e especialistas das várias áreas da fertilidade, tendo sido possível assistir a sessões dedicadas a temas específicos como apoio psicológico, técnicas de PMA, resultados de investigações científicas e o que há a melhorar a nível global no acesso a tratamentos, medicamentos e estudos.

No próximo ano, será Amesterdão, Holanda, a receber o evento da ESHRE. Até lá, veja alguns momentos do encontro de 2023 [aqui](#).



## CNECV defende maior clarificação em caso de arrependimento da gestante

O ministro da Saúde avançou em abril último que preferia ter uma “boa regulamentação” para a gestação de substituição, do que “pressa na regulamentação”. Manuel Pizarro respondia, assim, à previsão de uma data para que proposta de regulamentação do Governo fosse tornada pública, dado que passou um ano e meio desde que a nova lei entrou em vigor, e, até aqui, não se registou qualquer avanço nesse sentido.

“A contratação de uma mulher que é gestante de um filho de que é beneficiário um outro casal é um tema que coloca problemas humanos, sociais e jurídicos muito complexos”, admitiu o ministro há três meses, citado pela Agência Lusa. Desde estas declarações, os únicos passos dados quanto à gestação de substituição foi a publicação do parecer do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) em parecer do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida), a sugerir alterações ao documento de regulamentação do Ministério da Saúde. Uma maior clarificação quanto a alguns pontos é a principal consideração deixada pelo órgão.

De acordo com o documento, caso a gestante se arrependa de entregar a criança ao casal após o nascimento, ambos os membros do casal dador devem poder colocar também o seu nome no registo da criança. A proposta do Governo prevê que em caso de arrependimento, o casal possa incluir um dos seus nomes no registo. “Entendemos que a lei preveja que todos os intervenientes biológicos (genéticos) sejam considerados, nos termos da lei da filiação, como progenitores,

mesmo que haja o exercício do direito de arrependimento”, escreveu o CNECV no parecer, admitindo, assim, a possibilidade de a criança ter três nomes no registo de nascimento.

Outro dos pontos destacados por aquele órgão é a necessidade de estabelecer “um prazo razoável para o exercício do direito ao arrependimento”, que se situa atualmente nos 20 dias após o nascimento da criança, prazo limite para efetuar o registo. O CNECV sublinha ainda a importância de esclarecer como é feita a retirada da criança ao casal beneficiário e a alteração do registo de nascimento, caso a gestante reconsidere a entrega do bebé.

Para este Conselho, os pareceres emitidos pelas ordens dos Médicos e dos Psicólogos, no âmbito da análise a uma candidatura à gestação de substituição, devem ser obrigatórios, mas o projeto de decreto-lei considera que estes não devem ser vinculativos, e que se as duas entidades não se pronunciarem ao fim de dois meses sobre um processo, este avança sem a sua avaliação. O CNECV defende que esta desvalorização constitui “um grande desvio ético”, dado que os pareceres das duas ordens podem “ter um peso importante” na decisão final do Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida perante uma candidatura.

Desde a publicação do parecer do CNECV não foram conhecidos comentários por parte do Ministério da Saúde sobre a regulamentação da gestação de substituição. A última data apontada para a sua publicação tinha sido em março.

## ARTIGOS

# Quero registar o meu bebé que nasceu com PMA. E agora?



**Rita Duarte\***

**Advogada em Rosário Duarte Advogados**

O Estado Português dizia, até início do século XXI, através do seu pilar legislativo, que uma mulher só podia ser idónea mãe se com um homem. E ia mais longe: se, porventura, a mulher engravidasse de um qualquer homem, e assim o declarasse no momento do registo da criança, o Ministério Público, que representa o Estado, averiguava quem poderia ser “o pai da criança”. Na prática, o Estado investigava a mulher, imiscuía-se na vida da mulher e, em plena sala de Tribunal, à mulher era perguntado quando, com quem, onde, do que se lembrava.

Reflectindo, a esfera da mulher era invadida pelo Estado, patriarca, quando o seu direito a ser

mãe era posto em causa, violando a sua liberdade e autodeterminação.

Um sumário enquadramento jurídico: o conjunto de leis que rege a nossa sociedade divide-se entre dois grandes grupos que são o Direito Público e o Direito Privado. Em resumo, o Direito Público não é discutível – imperativo – e, regra geral, não contempla a vontade das pessoas como o Direito Privado pode. Sendo “a família a célula da sociedade”, e querendo o Estado proteger esta célula, tudo relacionado com família é regulado por leis de Direito Público: casamento, divórcio, adopção, testamentos, heranças. É o ramo do Direito da Família e Sucessões que regula como as pessoas podem comportar-se nestas temáticas sem margem para discussão precisamente para garantir que a célula se mantém protegida e, assim, também a sociedade.

A conhecida PMA – Procriação Medicamente Assistida – é um conjunto de tratamentos e técnicas com o intuito de obter uma gravidez. Até 2016, só podiam recorrer a estes tratamentos e técnicas mulheres casadas e com homens, caso contrário não eram elegíveis. Portanto, mulheres solteiras ou “independentemente do diagnóstico de infertilidade”, casais de mulheres, e casais de pessoas de sexo diferente não tinham os seus direitos reconhecidos ao ser-lhes vedado o acesso à PMA.

Depois de um apressado e atribulado processo legislativo, precipitado, que não soube aprender com exemplos de outros países que regularam a temática desde os anos 80 do século passado,

e, portanto, não soube evitar erros e atrasos na aprovação e aplicação da lei – prejudicando inúmeras pessoas e potenciais famílias, diga-se –, a Lei n.º 17/2016, de 20 de Junho, trouxe mudanças boas, permitindo, nomeadamente:

1. o recurso a técnicas de Procriação Medicamente Assistida a todas as mulheres, independentemente do estado civil;
2. o recurso a técnicas de Procriação Medicamente Assistida a todas as mulheres, independentemente da orientação sexual;
3. o recurso a técnicas de Procriação Medicamente Assistida a casais de pessoas de sexo diferente não unidas pelo matrimónio.

Terminara a discriminação em função do estado civil e da orientação sexual no acesso a técnicas de Procriação Medicamente Assistida. Terminou uma posição do Estado, pior que paternalista, que só reconhecia e permitia a maternidade a mulheres que fossem casadas e com homens.

Contudo, mantém-se a discriminação perante casais de homens porque a mesma lei regula a gestação de substituição – as mal e vulgarmente chamadas “barrigas de aluguer” – que não só não são de aluguer porque a lei não permite contrato com a pessoa gestante, como não permite que casais de homens acedam a esta possibilidade. Portanto, relativamente a homens, casados, em união de facto, ou solteiros, mantém-se uma flagrante e vergonhosa situação de desigualdade perante as mulheres. O Estado Português ainda nada fez e é de espantar os silêncios dos habituais partidos políticos – para quando?

O direito de constituir família é um direito fundamental, previsto no artigo 36.º da nossa Constituição da República, segundo o qual todas as pessoas têm direito a constituir família e a contrair casamento em condições de plena igualdade. Torna-se claro que a solução legal existente viola o princípio da igualdade pelo que a dúvida persiste: por que motivo a lei veda o acesso ao direito de constituir família a dois homens?

O que acontece? Casais de homens recorrem à gestação de substituição no estrangeiro, com preços que variam entre €50.000,00 e €200.000, e depois passarão por uma panóplia de actos jurídicos para que a criança entre em Portugal e talvez seja reconhecida como do casal, navegando uma pegajosa teia irregular de normas e (des)entendimentos.

E como é feito em Portugal o registo de crianças que nasceram com recurso a técnicas de PMA, no caso de uma mulher em projecto monoparental, casal heterossexual ou casal de mulheres?

## Mulher em projecto monoparental

Documentos a apresentar no registo de nascimento:

- comprovativo emitido pelo Hospital referente ao nascimento;
- identificação de mãe e avós maternos;
- fotografia da criança (se for no Hospital, e este tenha meios para tal, a fotografia é tirada no momento pela pessoa Oficial de Registos).

### É possível registar a criança sem indicação de pai?

É possível registar a criança sem indicação de progenitor. A averiguação de paternidade deixou de existir em caso de dador anónimo. Se teve lugar apenas o consentimento da pessoa que recorreu à PMA, ou seja, da mulher/mãe, lavrar-se-á apenas o registo de nascimento com a sua parentalidade estabelecida, sem necessidade de ulterior processo oficioso de averiguação.

### É obrigatório que fique registado que a criança nasceu por PMA e com recurso à ajuda de dador(as)?

O assento de nascimento não pode, em caso algum, incluindo nas situações de gestação de substituição, conter indicação de que a criança nasceu da aplicação de técnicas de PMA.

## ARTIGOS

### Casal heterossexual

Documentos a apresentar no registo de nascimento:

- comprovativo emitido pelo Hospital referente ao nascimento;
- cartão de cidadão do casal de pessoas de sexo diferente;
- identificação das mães, pais e avós;
- fotografia da criança.

#### **É obrigatório que fique registado que a criança nasceu por PMA e com recurso à ajuda de dador(as)?**

O assento de nascimento não pode, em caso algum, incluindo nas situações de gestação de substituição, conter indicação de que a criança nasceu da aplicação de técnicas de PMA.

### Casal de mulheres

Documentos a apresentar no registo de nascimento:

- comprovativo emitido pelo Hospital referente ao nascimento;
- declaração de consentimento de recurso a técnicas de PMA da pessoa com quem a mulher/mãe gestante esteja casada ou unida de facto;
- identificação de mães e avós maternos;
- fotografia da criança.

Neste ponto, deixamos o desafio aos legisladores e ao Instituto dos Registos e Notariado sobre qual a resposta a dar quando em caso de embrião concebido em sede de casal hoje separado, e a pessoa que não faz a gestação, mas consentiu na mesma, não quiser assumir a maternidade/paternidade. Consideramos que é necessário rever o artigo 20.º da Lei n.º 17/2016 de 20 de Junho.

Para já, a resposta que pode ser dada no momento do registo da criança é como uma viagem no tempo: perante a pessoa Oficial de Registos, dizer que não sabe quem é o progenitor porque



se disser que foi com recurso a PMA e, assim, apresentar o consentimento, o registo em nome das duas pessoas é automático e presume-se a parentalidade de ambas. Portanto voltamos ao discurso já tantas vezes utilizado em maus velhos tempos “foi numa noite de festa, não me lembro de qual, nem onde, e aconteceu”.

Há ainda outra questão: a gravidez deve ser acusada na clínica de forma a ser contabilizada para as quotas de nascimentos por dador e evitar consanguinidade daqui a uns anos. Se o disser, corre o risco de expor a situação delicada e dar origem a problemas como, por exemplo, a pessoa que consentiu de repente querer exercer os direitos de parentalidade. Se não o disser, não é contabilizado para as quotas e moralmente é questionável.

#### **É possível registar a criança sem indicação de pai?**

Se do recurso às técnicas de PMA resultar o nascimento de uma criança, é esta também havida como filha de quem tiver consentido no recurso à técnica em causa, nomeadamente a pessoa que com ela esteja casada ou unida de facto, sendo estabelecida a respectiva parentalidade no acto do registo. Portanto, é possível e é registada em nome das duas mães.

#### **É obrigatório que fique registado que a criança nasceu por PMA e com recurso à ajuda de dador?**

O assento de nascimento não pode, em caso algum, incluindo nas situações de gestação de substituição, conter indicação de que a criança nasceu da aplicação de técnicas de PMA.

### A criança é registada como filha das duas mães e com os sobrenomes de ambas?

Não sendo a criança gerada em partilha biológica de maternidade, para que a criança seja registada como filha de duas mães deve existir uma relação pré-estabelecida de casadas ou de vivência em condições análogas às dos cônjuges. Sublinhamos “deve”.

### Em caso de método ROPA (Reception of Oocytes from Partner) ou fertilização recíproca, há alguma diferença quanto aos campos de filiação?

A criança é biologicamente considerada como sendo de ambas as mães e é registada com os nomes das duas mães. A criança pode ter o sobrenome das duas mães, no caso de ter ocorrido fertilização recíproca, também designado de “partilha biológica de maternidade”, que consiste na possibilidade de um casal de mulheres contribuir, em conjunto, para a concepção da criança: uma das mães dá o óvulo que, depois de fecundado com o espermatozóide do dador e resultar num embrião viável é transferido para o útero da outra mãe. Também pode ter outros nomes relacionados com a família de qualquer das mães.

### Registo de criança nascida fora de Portugal:

Que entidade procurar para o registo da criança? Seja na situação de mulher em projeto monoparental, casal heterossexual ou casal de mulheres, deve procurar-se a Embaixada portuguesa ou Posto Consular Português no país onde se encontra ou no mais próximo – por exemplo, o Vietname tem apenas um Cônsul honorário e a Embaixada portuguesa é na Tailândia.

Documentos a apresentar:

- certidão de nascimento da criança;
- cartão de cidadão da mulher/casal de mulheres/casal de pessoas de sexo diferente;
- certidão de nascimento da mulher/casal de mulheres/casal de pessoas de sexo diferente emitida há menos de seis meses;
- declaração de consentimento de recurso a técnicas de PMA da pessoa com quem esteja casada ou unida de facto.

Documentos necessários no regresso a Portugal e passos seguintes:

Os documentos a trazer no regresso a Portugal para o registo da criança são:

- certidão de nascimento da criança;
- declaração de consentimento de recurso a técnicas de PMA da pessoa com quem esteja casada ou unida de facto.

Para o pedido do primeiro cartão de cidadão, os pais podem deslocar-se aos balcões do IRN ou fazer o pedido online no portal do IRN antes do primeiro ano de vida da criança.

**Autora escreve sem Acordo Ortográfico**



**\*com colaboração de Ana Catarina Dias, Teresa Martins Lança e Celmira Gaspar**

## ARTIGOS

# Como se selecionam os dadores de gâmetas para os tratamentos?




**Ana Teixeira de Sousa Ramos**  
**Especialista em Embriologia e**  
**Reprodução Humana (TEERH) pela**  
**Ordem dos Biólogos e Responsável pelo**  
**Laboratório da AVA Clinic**

Em Portugal, desde 2006, é permitida a realização de tratamentos com recursos a doação de espermatozóides, ovócitos e embriões, em conformidade com o disposto na Lei n.º 32/2006 de 26 de Julho.

Ao longo dos anos tem-se verificado um aumento acentuado de tratamentos com recurso a doação de gametas, por vários motivos. Nas mulheres, as principais causas são a ausência ou insuficiência congénita dos ovários, eliminação cirúrgica dos ovários, tratamentos de quimioterapia e/ou radioterapia em doenças oncológicas, insucesso repetido em tentativas de Fertilização in Vitro (FIV), situações relacionadas com o envelhecimento ovárico natural ou precoce (falência ovárica/menopausa), entre outros fatores. Nos homens, quando ocorrem situações de azoospermia (ausência de produção de espermatozóides), remoção cirúrgica dos testículos, má qualidade espermática (quantidade, mobilidade, morfologia dos espermatozóides), doenças genéticas e também tratamentos de quimioterapia e radioterapia em doenças oncológicas.

Desde 20 de Junho de 2016, com a publicação da Lei n.º 17/2016 sobre Procriação Medicamentada Assistida (PMA), os tratamentos com recurso a doação de gâmetas são também realizados a casais de mulheres ou a mulheres sem parceiro.





	2018	2019	2020*	Variação 2020/18
<b>R.N. Doação de espermatozóides</b>	<b>155</b>	<b>253</b>	<b>240</b>	<b>55%</b>
<b>R.N. Doação de ovócitos</b>	<b>544</b>	<b>632</b>	<b>588</b>	<b>8%</b>
<b>R.N. Doação de espermatozóides e ovócitos</b>	<b>67</b>	<b>76</b>	<b>83</b>	<b>24%</b>
<b>Totais</b>	<b>766</b>	<b>961</b>	<b>911</b>	<b>19%</b>

\* impacto da pandemia por Sars-Cov-2

R.N. - recém nascidos

Segundo os últimos Relatórios de Atividades desenvolvidas pelos centros de Procriação Medicamente Assistida (PMA), do Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA), temos verificado um aumento progressivo de recém-nascidos, fruto dos tratamentos com recurso a doação de gâmetas

Este aumento de crianças nascidas está diretamente relacionado com o aumento dos tratamentos com recurso a doação de gâmetas. No entanto, verificou-se um ligeiro decréscimo no ano de 2020, estatisticamente pouco significativo, consequência da pandemia por Sars-Cov-2, dado os centros de PMA diminuírem e/ou encerrarem a sua atividade temporariamente, por questões sobejamente conhecidas relacionadas com a segurança dos utentes e dos profissionais nas unidades de saúde.

O efeito da pandemia teve um maior impacto no número de dádivas, diminuindo o número de colheitas de óvulos e de espermatozóides de dadores. Segundo os dados do CNPMA, em 2019 foram realizadas 1182 doações de ovócitos e 841 de espermatozóides. Em 2020 houve uma diminuição para 875 doações de ovócitos e 428 de espermatozóides.

Dados preliminares do CNPMA relativos a 2021 indicam que existe uma ligeira recuperação, com 1022 dádivas de ovócitos e 470 dádivas de espermatozóides. Destas dádivas, o Serviço Nacional de Saúde apenas recebeu 2,7% dos ovócitos e 4,3% dos espermatozóides, sendo as restantes dádivas realizadas nos centros privados.

## Critérios dos dadores de gâmetas

Em Portugal a doação de gâmetas está regulamentada, em concordância com as Diretivas Europeias e orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS). As dadoras e os dadores passam por um processo muito rigoroso de seleção e triagem. Os candidatos têm de ser saudáveis. As dadoras de ovócitos devem ter entre 18 e 34 anos e os dadores de espermatozóides entre 18 e 45 anos.

Inicialmente são realizadas consultas médicas e de psicologia de modo a avaliar os candidatos com base nos antecedentes clínicos familiares e no seu histórico clínico, onde não haja doenças de transmissão sexual, doenças genéticas ou outras consideradas graves. Quando existirem antecedentes familiares de doenças hereditárias graves, mentais ou físicas, os candidatos a dadores são rejeitados. Os candidatos devem estar elegíveis na plataforma de registo de dadores do CNPMA.

Seguem-se exames médicos complementares de diagnóstico para excluir doenças de transmissão sexual como Hepatite B e C, HIV, Sífilis, Clamídia, Gonorreia e o HTLV. São também feitos despistes a doenças não genéticas (talassemias e hemoglobinopatias), o estudo de anomalias cromossômicas (cariótipo) e o despiste das doenças genéticas com maior prevalência na população portuguesa, tais como a fibrose quística (CFTR), atrofia muscular espinhal (SMN1), X-frágil (FMR1 - apenas nas dadoras de ovócitos). São ainda efetuadas análises para avaliar a capacidade fértil

## ARTIGOS

dos dadores. Estas análises são realizadas através de colheitas de sangue e urina. (Deliberação n.º 12/III de 18 de Junho de 2021 do CNPMA).

Enquanto nas dadoras de ovócitos ainda é realizada uma ecografia ao útero e aos ovários, os dadores de espermatozóides realizam um espermograma para avaliar o número e a qualidade dos espermatozóides (motilidade e morfologia).

Contudo, na consulta médica do(a) candidato(a), outras situações clínicas detetadas podem justificar análises complementares, para evitar o risco de transmissão de doença genética ou mesmo levar à exclusão do processo.

### Critérios de exclusão de dadores

Dados estatísticos da Europa mostram que apenas 5-10% de todos os candidatos são aceites como dadores de espermatozóides. Cerca de 80% dos candidatos são rejeitados por não cumprirem os parâmetros espermáticos necessários, 5-10% são excluídos por outras razões médicas e 3-5% são rejeitados por outros motivos durante o processo.

Só cumprindo os critérios de seleção é que poderemos garantir qualidade nos gâmetas doados.

Um candidato a dador será rejeitado se: apresentar determinadas condições médicas; não for elegível pela plataforma de registos de dadores do CNPMA, por exemplo, quando atinge o número limite de crianças nascidas estipulado legalmente (não ter gerado crianças nascidas em mais de 8 diferentes famílias), ou o número limite de colheita de ovócitos por dadora (4 colheitas). Quando existe um impedimento do candidato, de fornecer dados das suas origens genéticas e saúde familiar (pais ou avós) pode ser também fator de exclusão.

Igualmente, comportamentos de risco que possam levar à transmissão de doenças infecciosas podem levar à exclusão dum candidato ou candidata. Em cada ato de doação é sempre feito novo questionário sobre alterações na vida dos dadores,

hábitos e saúde, promovendo uma nova avaliação com análises adicionais de modo a minimizar riscos de transmissão de doenças infecciosas.

Os dadores podem ainda ser excluídos devido à qualidade celular dos gâmetas. No caso dos dadores masculinos, quando os critérios espermáticos não são cumpridos, ou quando a taxa de sobrevivência dos espermatozóides ao descongelamento não atinge os parâmetros definidos pelo laboratório. As dadoras de ovócitos se não tiverem resposta à terapêutica administrada, se a qualidade ovocitária não respeitar os critérios definidos, ou se os ovócitos apresentarem uma baixa taxa de sobrevivência de sobrevivência durante o descongelamento, são também excluídas.

Independentemente da etapa do processo de doação, os resultados das análises e exames são comunicados aos mesmos. Se por razões médicas forem excluídos do processo, são informados dos motivos.

### Como é feita a seleção de dadores

Durante as consultas médicas e de psicologia realizadas com os casais ou mulheres são recolhidos os dados físicos, características e preferências dos mesmos. Do ponto de vista biológico são procurados dadores com características genéticas similares aos dos beneficiários, respeitando a etnia, grupos sanguíneos ABO/Rh, estatura, cor da pele, cabelo e olhos.

Muitas vezes podem ser atribuídos dadores com outras características físicas um pouco diferentes, mas compatíveis com os beneficiários, pois poderá não haver disponibilidade imediata dum dador ou duma dadora mais próxima.

Durante a procura do dador de espermatozóides compatível com a fisionomia dos beneficiários é considerado o tipo de tratamento a realizar, de modo que a escolha seja feita sobre as unidades com maior eficácia para esse tratamento. Por exemplo, no caso das Inseminações Artificiais com recurso a dador de espermatozóides (IAD) deve-se

ter em conta unidades com uma quantidade igual ou superior a 10 milhões de espermatozoides progressivos/ml, designadas por palhetas MOT10. Para uma Fertilização in Vitro poderemos utilizar unidades com quantidades inferiores, entre 2-5 milhões de espermatozoides /ml, designadas por MOT2 e MOT5. Estas são as unidades com as concentrações de espermatozoides mais utilizadas, podendo existir outras quantidades.

Para conseguirmos estes valores por unidades (palhetas ou criotubos), as colheitas de esperma dos dadores foram previamente analisadas quanto ao número, motilidade e morfologia dos espermatozoides antes do seu congelamento. Posteriormente são testadas quanto ao número e mobilidade dos espermatozoides que sobrevivem, após descongelamento da amostra. Só assim conseguimos garantir a qualidade necessária para a realização dum tratamento de fertilidade com maior eficácia.

Dependendo do centro ou laboratório onde realizarão o tratamento podem encontrar informação referente a diferentes tipos de unidade

de esperma congelado. Existem unidades onde foi adicionado o meio crioprotetor diretamente à amostra de esperma recolhido, designado por palhetas com esperma nativo (ICI), e outras onde se fez uma lavagem onde se retiram os fluidos espermáticos antes da adição do crioprotetor e congelamento, designadas palhetas com pré-tratamento (IUI). Sendo uma questão técnica, deverão ser os profissionais de saúde que trabalham nos laboratórios, como os embriologistas clínicos, que irão recomendar as unidades que melhor se adaptam aos diferentes tipos de tratamento.

Na doação de ovócitos podem ocorrer dois cenários. A dadora de ovócitos pode fazer uma estimulação ovárica (toma de medicação específica semelhante à utilizada nas mulheres que efetuam FIV/ICSI) e em paralelo a recetora faz um tratamento hormonal, para preparação do útero. No dia da colheita dos ovócitos, é feita uma recolha de esperma do parceiro masculino ou de um dador de esperma (dependendo dos beneficiários), e são fertilizados os ovócitos maduros. Após alguns dias de desenvolvimento embrionário é



## ARTIGOS

transferido um embrião para o útero da recetora. Existindo embriões de boa qualidade excedentários estes podem ser criopreservados. Intitulamos estes tratamentos, como sendo tratamentos de doação de ovócitos a fresco.

Por outro lado, muitos dos centros de PMA desenvolveram a capacidade de criar os seus próprios bancos de ovócitos e por isso tem-se verificado uma predominância da utilização de ovócitos criopreservados. Estes foram previamente colhidos, congelados e armazenados em bancos de gâmetas.

Atualmente com o desenvolvimento das novas tecnologias, os métodos de congelamento celular, nomeadamente o método da vitrificação, tem contribuído para o aumento da sobrevivência celular. Sendo esta, a principal razão para as taxas de gravidez com a utilização de ovócitos a fresco e com ovócitos congelados ser idêntica. No entanto, dependerá sempre da maturidade e experiência protocolar do laboratório do centro de fertilidade.

A atribuição do número de ovócitos (designado por lote de ovócitos) a cada casal ou beneficiária depende da gestão do próprio centro de fertilidade. São tidos em conta a disponibilidade dos ovócitos, as taxas de sucesso do centro e a diversidade das dadoras disponíveis.

### Existe um dador ou dadora ideal?

À semelhança dos dadores de sangue, medula, órgãos, os dadores de gâmetas são pessoas altruístas que doam com o intuito de ajudar o seu semelhante. Predispõem-se a realizar vários exames e análises para despistes de doenças e têm disponibilidade para se deslocar várias vezes aos centros. Desde 2019, assinam um consentimento informado onde aceitam ser dadores em regime de não anonimato, exigência legal em Portugal, em concordância com o art.º 15 da Lei n.º 48/2019 de 8 de Julho de 2019: "...As pessoas nascidas em consequência de processos de PMA

com recurso a dádiva de gâmetas ou embriões podem, junto dos competentes serviços de saúde, obter as informações de natureza genética que lhes digam respeito, bem como, desde que possuam idade igual ou superior a 18 anos, obter junto do Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida informação sobre a identificação civil do dador." A meu ver, só por estas razões já são pessoas muito especiais...

Do ponto de vista biológico, os ovócitos, os espermatozoides e os embriões, apesar de serem provenientes de jovens adultos saudáveis, são células vivas que têm características próprias inerentes à sua constituição. Existem dinâmicas intrínsecas celulares que levam a manifestações diferentes nos processos de fertilização, desenvolvimento embrionário, implantação e desenvolvimento de gravidez clínica até ao nascimento de uma criança saudável.

Apesar dos tratamentos com doação de ovócitos poderem atingirem taxas de sucesso de 65% gravidez, por vezes as células podem não resistir ao processo, mesmo sabendo que são células de pessoas jovens, as quais têm uma maior capacidade de "correção celular" durante o desenvolvimento embrionário.

### Importação de ovócitos ou espermatozoides

Com o aumento da incidência de infertilidade ano após ano, tem também aumentado o número dos tratamentos com recurso a doação de gâmetas. Continua, assim, a existir alguma carência de gâmetas de dadores, sobretudo dadores de espermatozoides.

Na inexistência de dadores, ou de dadores com fenótipos menos comuns (etnia asiática ou indiana, cor de pele escura, etc.), há a possibilidade de importar gâmetas do estrangeiro, de forma a responder a estas falhas. No entanto, os centros de PMA têm de ter a autorização concedida pelo CNPMA. Os bancos internacionais europeus têm



de cumprir vários requisitos, como o cumprimento das diretivas europeias e legislação portuguesa. Igualmente tem de ser entidades inscritas na plataforma de codificação de sistemas e tecidos e células da Comissão Europeia e só podem ser importados gâmetas de dadores não anónimos.

É muito importante serem bancos e gâmetas certificados com sistemas de qualidade implementado, os quais atribuem a cada dádiva o código único europeu (SEC-single european code). Só desta forma é possível fazer a rastreabilidade de todas as dádivas de um dador/a, evitando ultrapassar os limites de dádivas e de crianças nascidas dum dador em cada país.

### **Que intervenção ou informação é acessível aos beneficiários?**

Os tratamentos com recurso a gâmetas doados, a atribuição ou escolha das características do dador(a) é um momento de grande ansiedade para os casais e para as mulheres. Não é um processo simples, com base apenas em características biológicas. Na minha opinião, face aos vários anos em que a doação de gâmetas era praticada sob um regime de anonimato, acabamos por herdar uma prática de atribuição de gâmetas com base única nas características físicas dos beneficiários. No entanto, é um processo mais abran-

## ARTIGOS

gente, temos de ter em conta as perspetivas da futura criança que se tornará um adulto (conceito “welfare of the child”, tão defendido nos países anglo-saxónicos e escandinavos). Aliás, a alteração do regime de não anonimato dos dadores, visa os direitos de informação da origem genética do futuro recém-nascido.

Em Portugal, os tratamentos com recurso a doação de gâmetas e embriões decorrem sob sigilo médico. Os dadores não podem saber para quem estão a doar os seus gâmetas, nem os beneficiários das dádivas podem saber a identidade dos dadores. À semelhança do que acontece noutros países, a informação dada pelos centros de fertilidade depende da gestão dos mesmos. O mais comum é dar informação do perfil básico do fenótipo do dador(a), que consiste na etnia, grupo sanguíneo, cor da pele, estatura, do cabelo e dos olhos.

Tendo em conta a era digital em que vivemos, é comum que muitos beneficiários façam pesquisas nas redes sociais e sites sobre este assunto. Encontram uma avalanche de inúmeros sites de bancos internacionais de ovócitos e de espermatozóides, com informação variadíssima. Neles é possível consultar o histórico clínico dos dadores, relatórios das várias análises feitas aos dadores, nomeadamente um extenso perfil genético dos mesmos, fotografias em criança, o tipo de educação, profissão, passatempos, vídeos com a voz dos dadores, testes sobre o Q.I, e carácter dos mesmos...

Esta realidade é uma prática comum noutros países europeus ou nos Estados Unidos, onde também são realizados tratamentos com recurso à doação conhecida, que não é permitida em Portugal. Contudo, com a importação de gâmetas destes bancos está disponível toda esta informação para consulta.

Presentemente e num futuro próximo, acredito que os centros portugueses já estão a unir esforços para conseguirem dar uma informação mais alargada sobre os dadores, aos casais e mulheres beneficiários. Criarem um perfil que

permita aos beneficiários se sentirem mais participativos nesta escolha, tão importante nas suas vidas. Mas, cumprindo sempre com os requisitos da legislação portuguesa e com o supervisionamento dos profissionais de saúde.

Muitas das dúvidas dos beneficiários geradas no processo de escolha de dadores, são resultado da falta de informação. Apenas confirmação de que existe um/uma candidato/a compatível com o casal ou com a mulher. Informações sobre a educação, formação ou profissão dos dadores não está diretamente associado ao nascimento dum recém-nascido saudável, mas contribui para uma maior aceitação e compreensão de todo o processo, reduzindo os níveis de ansiedade.

### E a doação de embriões?

A doação de embriões é mais uma opção terapêutica no âmbito dos tratamentos de fertilidade. Comparativamente aos tratamentos de doação de gâmetas são realizados muito poucos. Segundo os dados publicados pelo CNPMA, em 2019, nasceram perto de 12 bebés frutos de doação de embriões e em 2020, 38.

Estes embriões resultam de tratamentos de PMA de casais inférteis. São embriões excedentários criopreservados, que os beneficiários detentores dos direitos sobre estes embriões podem doar a outros casais ou beneficiários das técnicas de PMA. Esta doação é permitida quando terminado o/os período/os de manutenção dos embriões congelados.

A principal indicação para este tipo de tratamento é a necessidade duma doação dupla, ou seja, necessidades de doação de ovócitos e de espermatozóides. Estas doações são voluntárias, de carácter benévolo, não remuneradas e também decorrem sob o sigilo médico.

O regime de não anonimato também é aplicado na doação de embriões, o que significa, que as pessoas nascidas de uma doação, uma vez atin-



gidos os 18 anos de idade, poderão ter acesso à identidade civil dos dadores.

Uma das maiores diferenças da doação de gâmetas é o facto de estes embriões doados serem provenientes de pessoas que não fizeram tantos rastreios genéticos, o projeto inicial não era uma doação. No entanto, nem todos os embriões que são doados, podem efetivamente serem transferidos aos beneficiários. Existe um conjunto de orientações clínicas que têm de ser cumpridas. Se no histórico do casal originário dos embriões existir alguma suspeita de doença genética, ou algum risco de doença infecciosa transmissível, estes embriões são excluídos do processo de doação. Por outro lado, se os embriões tiverem alguma característica relativamente à qualidade celular e ao desenvolvimento embrionário, colocando em risco o nascimento duma criança saudável, os embriões serão também excluídos do processo de doação.

Com a escassez de embriões para doação, o processo de atribuição aos beneficiários não permite a possibilidade de uma escolha alargada. Os profissionais de saúde atribuem os embriões respeitando os fenótipos dos beneficiários, tudo à semelhança do que acontece com doação de espermatozóides e óvulos.

**Autora escreve sem Acordo Ortográfico**

## INVESTIGAÇÃO

# A maioria dos portugueses já ouviu falar em infertilidade, mas desconhece causas e formas de prevenção e preservação

Um estudo promovido recentemente pela APFertilidade, Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução (SPMR) e Merck confirma que 48,2% das mulheres e 56,3% dos homens desconhecem o que é a doação de gâmetas, e mais de 80% dos portugueses ignora a existência da análise à hormona anti-mulleriana, teste que avalia a reserva ovárica.

O que sabem os portugueses sobre a fertilidade, como pode ser preservada, tratada ou diminuídos os riscos de dificuldade em engravidar quando se quer ter filhos? Estes foram alguns dos temas das questões colocadas, entre abril e maio deste ano, no [inquérito realizado junto de 1.000 pessoas\\*](#), no âmbito do estudo. A principal conclusão é que a maioria sabe o que é a infertilidade (96,9%), mas revela uma literacia em saúde reprodutiva longe de ser positiva.

Os resultados confirmam que há um desconhecimento quanto à idade fértil e a partir da

qual começa a diminuir a capacidade reprodutora, qual a análise que pode ser realizada para conhecer a reserva ovárica das mulheres, quais as formas de prevenir a infertilidade ou o que é a doação de gâmetas.

Dos inquiridos, 52,3% garantiram saber com que idade se atinge o potencial máximo da fertilidade, sendo que destes, 27,2% indicaram os 20 anos como resposta correta, e 27,8% os 25 anos. Na realidade, é considerado que a mulher está na sua melhor fase fértil entre os 20 e os 25 anos. Quanto à idade a partir da qual a fertilidade começa a diminuir, 72,5% indicaram que sabiam a resposta, mas apenas 33,2% acertaram que seria aos 35 anos.

E o que pode causar infertilidade? De acordo com o estudo, 31,8% dos inquiridos não sabia responder, e dos 68,2% que apontaram vários fatores, a idade da mulher surgiu como a principal causa (33,4%), seguida dos hábitos tabágicos



(30,1%) e da obstrução/bloqueio das trompas de Falópio (26,0%).

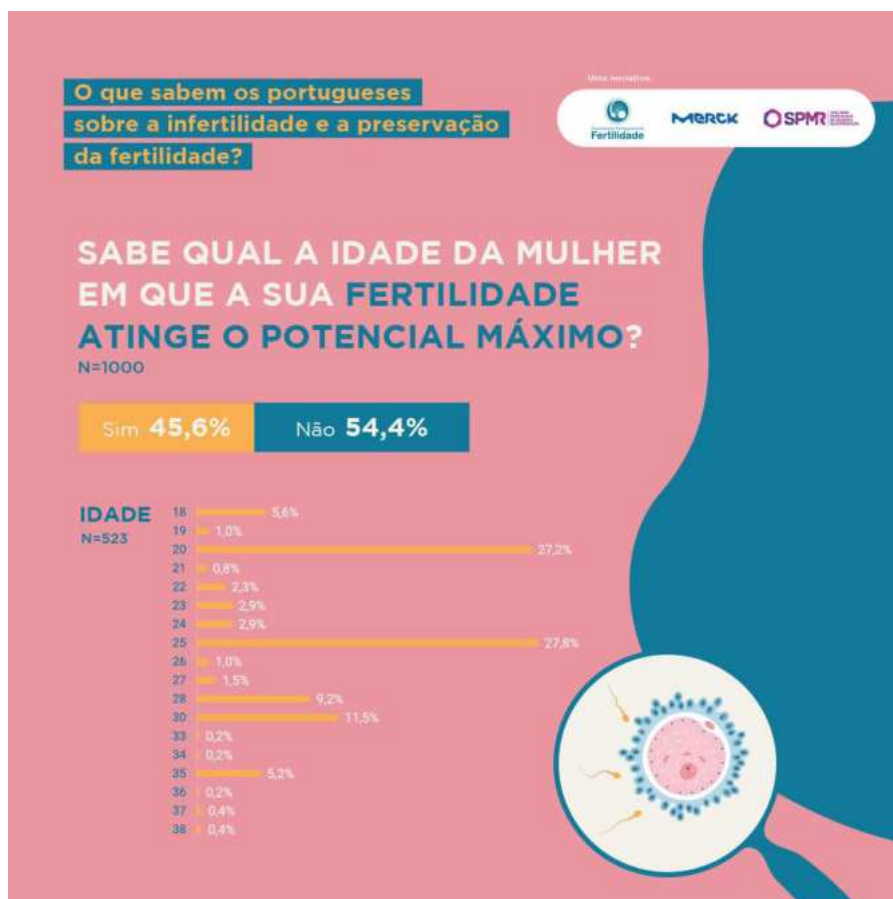
Uma outra questão colocada no inquérito pretendeu apurar se os portugueses já tinham questionado um profissional de saúde sobre o tema, ou se, por outro lado, tinham sido inquiridos em unidades de saúde sobre fertilidade ou formas de prevenção. As respostas são clarificadoras quanto ao desinteresse em procurar esclarecimento (48,7% dos inquiridos) ou não ter existido necessidade para tal (39,5%). Por sua vez, quando a curiosidade partiu dos profissionais de saúde, 34,4% indicaram que foram questionados por ginecologistas, 33,9% pelo médico de família e 22,4% por um médico de outra especialidade.

Na altura de colocar dúvidas, são as mulheres a tomar mais vezes a iniciativa (22,4%) do que os

homens (11,3%), e as pessoas com as idades entre os 31 e os 44 anos (24,9%) tendem a ser as mais curiosas.

Em relação às formas de prevenir a fertilidade, 54,4% dizem desconhecer as que existem. Dos 45,6% que conhecem, a alimentação equilibrada (28,1%), a prática de exercício físico (24,2%) e o não fumar (24,1%) são os passos a seguir para as mulheres, sendo a alimentação equilibrada (23,7%), não fumar (21,7%) e a prática de exercício físico (18,3%) as que mais se destacam como protetoras dos homens.

Quanto à preservação da fertilidade, apenas 20,2% das mulheres e 26,1% dos homens não sabem em que consiste, e que é possível através do congelamento de óvulos ou espermatozoides. Existe ainda desconhecimento entre as mulheres



[Saiba mais sobre o estudo](#)

## INVESTIGAÇÃO



quanto à forma de avaliar a sua reserva ovárica e poderem tomar medidas e procurar apoio, caso esta se revele baixa. De acordo com o estudo, 79,7% das inquiridas não sabe da possível realização do teste à hormona anti-mulleriana (AMH), enquanto 69,5% nunca pensou fazê-lo.

E se no momento de quererem ser pais, for necessário recorrer a tratamentos de fertilidade com ajuda de doação de óvulos e/ou espermatozoides? Mais de 48% das mulheres não sabe o que é a dádiva de gâmetas, sendo que nos homens essa percentagem ascende aos 56%.

Perante as conclusões do inquérito, que revelam um desconhecimento generalizado sobre a

saúde reprodutiva, são os inquiridos a confirmar que já ouviram falar em infertilidade - 46,5% através da comunicação social; 42,5% por amigos/colégas e 40,9% em campanhas nos media -, mas que é importante ter acesso a mais informação para aumentar a sua literacia (82,8%), sendo as escolas (30,5%), os centros de saúde (30,5%) e o médico de família (30%), as principais fontes de informação.

Fica ainda a indicação quanto à pergunta principal quando se fala de infertilidade: ter filhos. Do total de inquiridos, 60,2% já eram pais e dos restantes, 37,4% indicaram que pretendem concretizar o seu projeto de parentalidade nos próximos 10 anos.

\*Ficha técnica do estudo: a informação foi recolhida com recurso ao sistema CAWI (Computer Assisted Web Interview) & CATI (Computer Assisted Telephone Interview), através de um questionário realizado junto de 1.000 pessoas, entre 16 de abril a 19 de maio de 2023.

No âmbito da semana europeia da fertilidade, a Fertility Europe está a realizar um questionário sobre que cuidados psicológicos foram recebidos durante os tratamentos. **Participe e apoie a iniciativa europeia.**

CLIQUE AQUI  
PARA PARTICIPAR



Associação Portuguesa de  
**Fertilidade**

## ENTREVISTA

# Banco Público de Gâmetas tem “dificuldade em competir com a publicitação” dos privados

**A Unidade de Procriação Medicamente Assistida do Centro Hospitalar Universitário de Santo António (CHUdSA), no Porto, é um dos principais centros de fertilidade do Serviço Nacional de Saúde e onde funciona o Banco Público de Gâmetas (BPG). Márcia Barreiro, diretora do centro de PMA e do BPG, partilhou com a +Fertilidade parte da realidade da unidade e revelou que, atualmente, existem mais de 1.000 casos a aguardar tratamento com recurso a dadores.**



**+Fertilidade:** O CHUdSA tem um dos principais centros de PMA do país e acompanha mulheres e casais, não só da zona do Grande Porto, mas de outras regiões. Considera que houve um aumento de casos de infertilidade ou a capacidade de apoio mantém fragilidades, como o caso de inexistência de centros na zona Sul e Açores?

**Márcia Barreiro:** Tem-se constatado um aumento de pedidos de primeiras consultas de apoio à fertilidade, mas tem sido possível na Unidade de Procriação Medicamente Assistida do Centro Hospitalar Universitário de Santo António continuar a dar resposta dentro do intervalo de tempo aceitável. É de esperar que se mantenha nos próximos anos este aumento, como já foi referido pela Organização Mundial de Saúde.

**+Fertilidade:** Existe alguma prevalência identificada quanto à causa dos problemas de fertilidade nos pacientes que chegam à unidade? Podem assinalar-se fatores comuns que levem a que seja necessária uma intervenção médica para conseguir uma gravidez?

**Márcia Barreiro:** Nos casais com infertilidade estudados na consulta de PMA do CHUdSA – CMIN, os fatores mais prevalentes são os associados à idade do elemento feminino como a baixa reserva ovárica e má qualidade ovocitária, endometriose, disfunção ovulatória e alterações espermáticas no elemento masculino.

## ENTREVISTA

**+Fertilidade: Em muitos casos, conclui-se que é necessário recorrer à doação de gâmetas para realizar um tratamento, o que pode levar a um longo período de espera para os casais devido à conhecida falta de dadores. Como responsável do Banco Público de Gâmetas, o que impede o aumento do número de dádivas?**

**Márcia Barreiro:** O Banco Público de Gâmetas realiza, através dos seus três centros de recrutamento (Porto-CMIN, Coimbra e Lisboa-MAC), a avaliação cuidada de todos os potenciais dadores, de forma a dar uma resposta segura aos beneficiários que a ele recorrem. Existem, efetivamente, poucos dadores femininos e masculinos considerando a necessidade crescente de recurso a gâmetas doados para cumprir o desejo reprodutivo, seja em casal ou de forma individual. O principal motivo para não se conseguir um aumento das dádivas de gâmetas prende-se principalmente com a dificuldade em conseguir competir com a publicitação dos centros privados. Os candidatos a dadores que contactam o Banco Público de Gâmetas têm resposta célere, pelo que a sensibilização da população e uma maior divulgação deste centro, assim como dos centros afiliados, junto das populações alvo, revela-se de grande importância.

**+Fertilidade: É possível indicar quantos casos precisam do recurso à doação de óvulos e espermatozóides e quantos dadores existem atualmente no SNS? Optar por bancos privados de gâmetas é uma possibilidade ou mesmo internacionais?**

**Márcia Barreiro:** À data presente estão em lista de espera 300 casos para gâmetas femininos e 742 casos para gâmetas masculinos. Desde o início do ano foram efetuados 58 envios de gâmetas femininos e 64 de gâmetas masculinos (para tratamento nos centros). A opção de bancos privados nacionais já foi consumada, não tendo havido candidatos ao concurso aberto pelo CHUD-SA. Concordo que deveria ser considerada como possibilidade o recurso a bancos privados por cada centro de PMA público.

**+Fertilidade: Que medida de urgência devia ser aplicada para melhorar o apoio à fertilidade? O SNS teria capacidade para o fazer?**

**Márcia Barreiro:** Possibilitar a criação de Centros de Responsabilidade Integrada (CRI) nas Unidades de Procriação Medicamente Assistida do SNS com capacidade de recursos humanos, equipamento e instalações. Não limitar a apenas alguns hospitais públicos.

## Banco Público de Gâmetas

Disponibilizado pelo Serviço Nacional de Saúde, é responsável pelo recrutamento e seleção de doadores de óvulos e espermatozóides. A recolha e preservação das dádivas é realizada em três centros de colheita especializados:

- Centro Materno Infantil do Norte (CMIN), no Centro Hospitalar do Porto
- Centro de PMA/Oncofertilidade – Hospital Pediátrico, no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
- Maternidade Dr. Alfredo da Costa, no Centro Hospitalar Lisboa Central

**Para mais informações sobre como doar e ajudar mulheres e casais em tratamento nos centros de fertilidade públicos, consultar:**

- [Banco Público de Gâmetas](#)
- Campanha [Dá Vida à Esperança](#), da Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução
- Folheto sobre a [Doação de gâmetas femininos](#)
- Vídeo | [Tutorial do SNS](#)
- Folheto sobre a [Doação de gâmetas masculinos](#)
- Vídeo | [Tutorial do SNS](#)

## APOIO PSICOLÓGICO

# Aspetos psicológicos da infertilidade masculina



### Salomé Reis

**Responsável pela Consulta de Psicologia  
do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia  
no Centro Hospitalar de São João**

A infertilidade é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008) como um problema de saúde pública que atinge homens e mulheres incapazes de gerar um filho quando a prática sexual é regular (3-5 vezes por semana) e desprotegida há mais de um ano, entre o casal. A infertilidade afeta um número significativo de casais em todo o mundo, tendo uma prevalência estimada em cerca de 15% da população em idade fértil.

Os fatores de infertilidade podem ser de origem feminina, masculina, mista (feminina e masculina) ou de causa desconhecida. A cada ano, há cerca de dois milhões de novos casais inférteis no mundo (Drosdzol & Skrzypulec, 2009).

No que concerne especificamente às causas de infertilidade masculina, podem ser classificadas segundo vários parâmetros (Cedars, 2005):

- Alterações na espermatogénese, que podem estar relacionadas com a quantidade e/ou qualidade dos espermatozoides, levando à sua diminuição (oligospermia), ou à sua ausência (azoospermia);
- Alterações da função secretória dos órgãos acessórios, que se traduzem em alterações das características do sêmen tais como o volume, a viscosidade, o pH e o teor de nutrientes, que podem comprometer a sobrevivência e a deslocação dos espermatozoides;
- As obstruções do trato genital e das vias espermáticas que comprometem a maturação e transporte dos espermatozoides, bem como dificultam ou impedem a ejaculação;
- Alterações da função sexual, tais como a disfunção erétil;
- Fatores imunológicos.



Os problemas relacionados com a fertilidade masculina têm vindo a aumentar, pela convergência de vários fatores físicos, psíquicos, comportamentais, sociológicos e ambientais, vistos atualmente como passíveis de afetar a fertilidade, no entanto, o entendimento atual da doença e as suas especificidades demorou a ser conquistado.

Nos estudos históricos e antropológicos, raramente se encontram referências à infertilidade masculina, o que sugere que os problemas reprodutivos do casal têm sido, desde sempre, atribuídos às mulheres, fabricando metáforas e simbologias pejorativas e humilhantes, principalmente nas sociedades patriarcais (Trindade & Enumo, 2001). Ao longo da história, na maioria das sociedades, a mulher infértil era vista como amaldiçoada pelos deuses e muitas vezes maltratada, punida e banida em virtude da sua condição, sendo a causa da infertilidade atribuída exclusivamente à figura feminina (Delgado, 2007), que detinha um sistema reprodutor “defeituoso” (Martin, 2008).

Após séculos onde se considerou a infertilidade como exclusivamente feminina, a percepção do envolvimento masculino na infertilidade surge apenas durante as últimas décadas (Speroff, Glass & Kase, 1999). Atualmente, sabemos que o potencial de reprodução de um casal depende da coordenação e da combinação das funções de ambos os sistemas reprodutivos (Martim, 2008).

A infertilidade masculina e o sofrimento psicológico associado têm sido objeto de estudo nos últimos anos, uma vez que os homens demonstram dificuldades psicológicas complexas que impactam o decorrer das suas vidas nas esferas afetiva, social, sexual e laboral (Cunha et al, 2008). Fatores como o adiamento do primeiro

filho, devido ao prolongamento da escolaridade, o atraso da entrada na idade adulta, as dificuldades de acesso ao emprego, o investimento na carreira profissional; o início precoce da vida sexual, e conseqüentemente o aumento do número de relações, que pode levar à transmissão das infeções sexualmente transmissíveis, assim como outros processos inflamatórios que levam ao compromisso da função reprodutora; o aumento das infeções sexualmente transmissíveis, que no homem podem destruir os finos canais do epidídimo, do deferente e dos canais ejaculadores; a excessiva exposição a tóxicos, devidos à poluição ambiental e da atividade laboral; o aumento de stress nas sociedades atuais, com repercussões a nível orgânico, visto que determina alterações hormonais que se refletem na espermatogénese; alterações nos hábitos e no estilo de vida, como a prática de uma alimentação desequilibrada, o consumo do tabaco, de álcool, de estupefacientes e também por fármacos, e ainda a atividade física excessiva; o aumento da temperatura testicular, o uso de roupa mais apertada, de tecidos sintéticos, exposição prolongada ao calor (sol, sauna, etc.) e a permanência prolongada na posição de sentado, levam a alterações na espermatogénese (Pinto, 1998), são exemplos de como a fertilidade/infertilidade tem um impacto transversal na vida dos indivíduos.

Do ponto de vista emocional e psicológico, receber um diagnóstico de infertilidade, para a esmagadora maioria dos casais, pode gerar sentimentos de medo, vergonha, culpa, raiva, tristeza e perda de controlo sobre a vida (Pasch & Sullivan, 2017). Muitos destes sentimentos parecem estar relacionados com a grande pressão social

## APOIO PSICOLÓGICO

a que os casais estão expostos. A pressão que é exercida por todos os amigos e familiares estarem a engravidar, os convívios com os amigos onde estão presentes os respetivos filhos, uma simples ida a lojas de artigos para bebés, ou mesmo publicidade que envolva crianças no geral, podem ser muito dolorosos para casais com este tipo de diagnóstico. Na generalidade, estas situações fazem com que os mesmos se sintam incompreendidos, mesmo pelos mais próximos, e que reforcem os sentimentos acima mencionados (Sheffler et al, 2020). Por este motivo, em alguns casos, o casal opta por esconder o diagnóstico daquela que seria a sua principal rede de suporte, de modo a não defraudar as suas próprias expectativas e as dos outros (Souza et al., 2017). Este silêncio, muitas vezes, é mediado pelo sentimento de vergonha que cada indivíduo ou casal sentem em relação à sua experiência de infertilidade. Este sentimento que torna o indivíduo incapaz de se ligar emocionalmente a outros relativamente à sua experiência (Wilson, 2021).

A vivência da infertilidade é uma experiência complexa cuja combinação das vertentes médicas, psicológica e social exige ao indivíduo e ao casal uma redefinição das suas identidades, quer individuais, quer conjugais. Apesar de não comprometer a integridade física e de não constituir um risco vital, acarreta diversos custos emocionais, influenciando o desenvolvimento psíquico, pela negativa, do indivíduo, do casal, e da própria família, originando frustração e desmotivação que podem ter efeitos prejudiciais prolongados (Remoaldo, et al. 2004, Spotorno, 2005).

**“(...) medo de serem estigmatizados e/ou ridicularizados por amigos e família”**

No mesmo sentido, apesar de se constituírem como uma possibilidade para resolver o “problema” e contribuírem para a concretização do desejo de serem pais, a realização de tratamentos de procriação medicamente assistida (PMA) também encerra em si diversos fatores indutores de altos níveis de stress - injeções diárias, amostras de sangue, ecografias, cirurgias, punções, etc. – procedimentos técnicos invasivos, nos quais existe sempre uma probabilidade significativa de falha. Simultaneamente, algumas fases do processo são relatadas como sendo especialmente indutoras de stress, quando comparadas com outras, onde se inclui a recolha dos óvulos, o procedimento de transferência de embriões e a espera angustiante de saber se houve, efetivamente, fertilização (Klonoff-Cohen et al, 2001).

Apesar de percecionada como negativa, é muito importante salientar que o sofrimento psicológico e emocional que se traduz, habitualmente, em sentimentos de raiva, ansiedade, menos-valia, desesperança, medo, culpa, fracasso, frustração, inveja, vergonha, solidão, tristeza, cansaço físico e psicológico, irritabilidade, apatia e sintomas somáticos (e.g. problemas gástricos, hipertensão arterial, problemas dermatológicos), (Borlot & Trindade, 2004; Melamed, 2006; Spotorno et al., 2008), configura a reação vivencial congruente com a circunstância que os indivíduos estão a vivenciar (Ulrich & Weatheral, 2000).

Num momento em que a sociedade hipervaloriza a “atitude e vivência positiva da vida”, é crucial normalizar a vivência de emoções e sentimentos negativos, sob pena de se desvalorizar o sofri-



mento real dos indivíduos e por consequência reforçar ainda mais a pressão social que é sentida, sobretudo no caso masculino, em que o pendor patriarcal ainda é muito significativo, principalmente no que concerne às relações familiares no geral e parentais em particular.

Apesar da maioria da evidência científica mostrar que a vivência das problemáticas associadas a vivência da infertilidade e dos seus tratamentos ser significativamente mais exigente para as mulheres (a maioria dos tratamentos médicos incide e são muito mais complexos, incômodos, invasivos e intrusivos no corpo das mulheres, a mulher tende a sentir-se responsável pela questão da infertilidade, mesmo quando se desconhece a qual dos elementos do casal está mais associado o fator de infertilidade, p.e.), os homens também enfrentam desafios complexos e de grande exigência em termos de adaptação psicológica e emocional.

Alguns estudos que se têm debruçado sobre a adaptação dos homens à infertilidade, têm concluí-

do que as suas reações são, na generalidade, menos extremas comparativamente às das mulheres.

As reações do homem parecem estar mais dependentes da presença ou ausência de um fator masculino como causa da infertilidade, acrescentando-se a isto o estereótipo do homem infértil, que confunde fertilidade com virilidade, na medida em que o homem infértil é percebido como não sendo másculo, viril ou potente (Nachtigall e col., 1992). Neste sentido, o homem sente que a sua identidade masculina é destruída, pois passa a ser percebido pela sociedade como impotente e com pouca virilidade (Cudmore, 2005), uma vez que a infertilidade masculina assume uma conotação social mais estigmatizante. Este aspeto tem uma contribuição muito importante no potencial de desenvolvimento de perturbações ao nível da sexualidade, aumentando o impacto negativo a nível da conjugalidade. Neste sentido, a vergonha é uma importante emoção na experiência de infertilidade masculina, e pa-

## APOIO PSICOLÓGICO

rece ser também uma componente chave da auto-identidade de cada um (Galhardo et al.,2011), estando associada a uma experiência negativa do eu, onde este se sente indesejado, defeituoso, dispensável e impotente (Gilbert, 2002). É uma emoção ativada por autoavaliações negativas, mais concretamente por sentimentos de autorrejeição, autodesvalorização e/ou autojulgamento (Oliveira, 2021).

Relativamente às estratégias para enfrentar a questão, os homens tendem a escolher soluções focadas no problema, revelam bastante dificuldade em conversar sobre o assunto (Watkins & Baldo, 2004), acham que tem uma menor necessidade de apoio e sentem-se menos confortáveis a procurá-lo, desenvolvendo, assim, redes sociais alargadas mais superficiais (Greil,1991), tenden-

do a eleger a esposa como sua única confidente (Freeark, Jozefowicz-Simbeni, Rosenberg & Bornstein, 2005; Jordan & Revenson, 1999), verifica-se também a intensificação da atividade profissional e, por vezes, a procura de relações extraconjugais (Drosdzol & Skrzypulec, 2009).

Salienta-se, então, a importância de destacar o grande impacto psicológico que a infertilidade masculina tem no indivíduo e no casal. Embora os homens possam ser menos expressivos em relação à sua dor emocional, a infertilidade pode levar a sentimentos de tristeza, frustração, vergonha e inadequação. Os homens também podem experimentar baixa autoestima e baixa autoconfiança e isso pode afetar sua vida sexual e os seus relacionamentos. Alguns podem sentir-se culpados pela infertilidade e acreditar que são



inadequados como parceiros ou como homens, sentindo ameaçada a sua identidade masculina. É, muitas vezes, um sofrimento silencioso, com medo de serem estigmatizados e/ou ridicularizados por amigos e família.

Quando o fator de infertilidade é masculino, o relacionamento conjugal pode ser mais afetado, levando a sentimentos de tensão e stress, havendo uma diminuição na comunicação e na intimidade, o que pode levar a um esgotamento emocional contínuo e, no limite, à rutura do relacionamento.

**“(...) infertilidade pode levar a sentimentos de tristeza, frustração, vergonha e inadequação “**

Por último, é fundamental fomentar a comunicação e a expressão emocional, quer na esfera conjugal e familiar, quer na esfera do apoio técnico especializado, falar sobre todas as emoções experienciadas e procurar ajuda para lidar com o impacto emocional que a infertilidade masculina pode constituir. A generalização e simplificação do acesso a terapias psicológicas, como a terapia de casal, terapia individual ou terapia de grupo nas unidades de procriação medicamente assistida e consultas de infertilidade assume-se como crucial para o desenvolvimento da resiliência emocional e psicológica.

## NUTRIÇÃO

# A nutrição como blocos de construção da fertilidade masculina



**Marlene Morgado**  
Nutricionista

[www.marlenemorgadonutricionista.com](http://www.marlenemorgadonutricionista.com)

Os fatores nutricionais de fertilidade masculina são uma importante contribuição para a fecundidade do casal, no entanto, apesar da sua influência neste processo, não existem ainda recomendações para homens que procurem potencializar a sua fertilidade.

Definimos infertilidade como um processo biológico que falha ao conseguir uma gravidez clínica após 12 meses ou mais, de relações sexuais desprotegidas. É considerada um problema de saúde pública, afetando mais de 70 milhões de casais pelo mundo. Da multiplicidade de fatores que influenciam a fertilidade, estes são normalmente atribuídos ao sexo feminino, uma vez que é a mulher que é a casa que acolhe e possibilita que a gestação tenha sucesso.

Contudo os fatores de infertilidade masculinos afetam mais de 50% dos casais que procuram ajuda médica especializada. Esta realidade acrescentada à escassa investigação na área e muitas vezes aplicação apenas em animais, não permite uma evolução do conhecimento científico na procura de novas abordagens de tratamento para estes casos particulares. As causas de infertilidade são muitas vezes difíceis de identificar, mas no



homem relacionam-se particularmente com estilo de vida, genética, obesidade/excesso de peso, patologias do testículo, ductos, epidídimo e próstata ou disfunções na ereção e/ou ejaculação, podendo adicionalmente ou de forma individual ocorrer alterações na qualidade dos espermatozoides, nomeadamente na sua morfologia, número, mobilidade e potencial de fertilização que está intimamente ligado a mecanismos energéticos e funcionais da maturação espermática e das suas alterações ao nível do DNA. É particularmente nestes últimos parâmetros que maior influência tem a adoção de hábitos de vida saudáveis, não só de alimentação, atividade física, mas também na exposição a componentes tóxicos que propiciam estas alterações espermáticas.

## Nutrientes e antioxidantes no metabolismo energético do esperma

A nutrição pode influenciar positivamente ou negativamente a qualidade do esperma, dependendo este efeito da quantidade e qualidade de cada macronutriente, bem como de micronutrientes ou outros componentes alimentares, como alguns antioxidantes. No que se refere a padrões alimentares, a dieta mediterrânica é considerada o padrão ouro da promoção da fertilidade, sendo que existe já evidência dos seus benefícios em termos de parâmetros de qualidade espermática. Este padrão alimentar é ca-

racterizado pelo elevado consumo de legumes, vegetais, frutas e cereais, sendo o consumo moderado de pescado e baixo consumo de carne e laticínios, adicionando o azeite como a sua principal fonte de gordura. Por outro lado, padrões alimentares ocidentais compostos por alimentos altamente industrializados, ricos em gordura saturada, pobres em fibra e com elevado consumo de proteínas de origem animal, aumentam o risco de desenvolvimento de outras doenças, particularmente obesidade, como elevada prevalência na alteração do DNA mitocondrial dos espermatozoides, alterando a sua motilidade, morfologia e capacidade de se multiplicar, diminuindo a sua quantidade e concentração.

Por fim, o padrão alimentar vegetariano tem sido referenciado como podendo ter um impacto na diminuição da qualidade do esperma, particularmente pela ausência de fontes proteicas de alto valor biológico, que levam à propensão de défices de vitaminas do complexo B, Ferro, Zinco e ómega-3, se indevidamente não estiverem a ser monitorizados e suplementados sempre que se justifique. Adicionalmente, o consumo de soja, devido à sua concentração em fitoestrogénios, tem vindo a ser analisado quanto aos seus potenciais riscos para a qualidade espermática, porém, até ao momento, não existe evidência suficiente nem consistente para limitar este tipo de alimentos.

Evidências recentes demonstram que dependendo do tipo de disfunção espermática, como Oligozoospermia (diminuição da quantidade), Astenozoospermia (diminuição ou ausência de motilidade) ou Teratozoospermia (alteração da morfologia), a suplementação de determinados micronutrientes e antioxidantes poderá ter um efeito benéfico nos parâmetros de qualidade espermática. Deste conjunto de moléculas destacam-se:

## NUTRIÇÃO

**L-Carnitina** – importante para a produção de energia, encontra-se em elevada concentração no epidídimo e desempenha um papel crucial no metabolismo e maturação dos espermatozoides, promovendo a mobilidade espermática devido à sua função antioxidante.

**Selênio e N-Acetilcisteína** – permitem um aumento da mobilidade e melhoria morfológica, concentração e número. O Selênio faz parte de selenoproteínas, como a glutathione peroxidase (GSH-peroxidase) que inativa as espécies reativas de oxigênio. Já a NAC, por conter cisteína na sua molécula, estimula a formação de GSH e também pode agir diretamente na remoção de radicais livres.

**Zinco** – encontra-se em elevada concentração no fluido seminal, sendo necessário equilíbrio, pois o excesso ou deficiência têm consequências deletérias, no entanto permite na dose adequada aumentar a mobilidade e capacidade de fertilização.

**Coenzima Q10** – permite a melhoria da motilidade, através da otimização do metabolismo energético do DNA mitocondrial do espermatozoide.

**Omega-3** – Importante na maturação e fisiologia dos espermatozoides, é um componente essencial à fluidez membranar, promovendo a mobilidade;

**Vitamina E e Vitamina C** – devem ser suplementados em caso de provável fragmentação do DNA antes de tratamentos de infertilidade, aumentando a capacidade de fertilização;

**Licopeno** – presente maioritariamente em tomate e outros frutos vermelhos, é um antioxidante modelador da peroxidação lipídica, modelando a função energética mitocondrial do espermatozoide, permitindo a melhoria da qualidade dos mesmos.

## Infertilidade, nutrição e genética

A inconsistência de resultados em alguns estudos de suplementação alimentar, relaciona-se com a existência da variabilidade genética na absorção, excreção, metabolismo e distribuição de componentes alimentares específicos. Particularmente alterações genéticas nos genes de vitaminas do complexo B, como vitamina B12 (gene FUT2), folato (gene MTHFR), têm impacto na alteração da quantidade e morfologia dos espermatozoides, respetivamente. Outras alterações relevantes, específicas de macronutrientes e outros componentes alimentares, como a gordura saturada (gene APOA2), o açúcar (GLUT2) e por exemplo a fibra (TCF7L2), têm igualmente impacto nas alterações metabólicas na forma como os indivíduos processam estes alimentos, impactando na maturação espermática, mobilidade, número e morfologia.

Deste modo, conclui-se que o futuro da nutrição como bloco construtor da fertilidade masculina será cada vez mais personalizado e que a ciência procura nesse sentido terapêuticas cada vez mais aliadas à condição individual não só fisiológica, mas também genética e do estilo de vida.



## As 5 recomendações e os 5 riscos alimentares para a infertilidade masculina

### 5 recomendações

1. Consuma mais frutas e vegetais;
2. Os cereais integrais e a sua variedade são importantes para um adequado aporte de fibra;
3. Promova a ingestão de fontes de ómega-3, nomeadamente pescado gordo como salmão ou sardinha, óleos vegetais como linhaça e nozes, sempre com moderação quanto à quantidade;
4. Aumente o consumo de alimentos antioxidantes, que contenham vitamina E, C, Betacaroteno, selénio, zinco, licopeno, vitamina D e Folato;
5. Adicionalmente o consumo de fontes de cálcio como laticínios com baixo teor de gordura é essencial.

### 5 riscos alimentares

1. O tabagismo, o consumo de álcool e café numa dose superior a 2 chávenas por dia;
2. Consumo de bebidas açucaradas ou doces;
3. Ingestão de produtos processados com elevado teor de gordura saturada e ácidos gordos trans;
4. Elevado consumo de carnes vermelhas e produtos processados de origem animal;
5. Consumo de produtos em elevada quantidade contendo soja e batata.

### Referências:

- Ferramosca, A., & Zara, V. (2022). Diet and Male Fertility: The Impact of Nutrients and Antioxidants on Sperm Energetic Metabolism. *International journal of molecular sciences*, 23(5), 2542. <https://doi.org/10.3390/ijms23052542>
- Vanderhout, S. M., Rastegar Panah, M., Garcia-Bailo, B., Grace-Farfaglia, P., Samsel, K., Dockray, J., Jarvi, K., & El-Sohemy, A. (2021). Nutrition, genetic variation and male fertility. *Translational andrology and urology*, 10(3), 1410–1431. <https://doi.org/10.21037/tau-20-592>
- Tomada, I.; Tomada, N. Mediterranean Diet and Male Fertility. *Endocrines* 2023, 4, 394–406. <https://doi.org/10.3390/endocrines4020030>
- Nassan, F. L., Chavarro, J. E., & Tanrikut, C. (2018). Diet and men's fertility: does diet affect sperm quality?. *Fertility and sterility*, 110(4), 570–577. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2018.05.025>
- Salas-Huetos, A., Bulló, M., & Salas-Salvadó, J. (2017). Dietary patterns, foods and nutrients in male fertility parameters and fecundability: a systematic review of observational studies. *Human reproduction update*, 23(4), 371–389. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmx006>
- Majzoub, A., & Agarwal, A. (2018). Systematic review of antioxidant types and doses in male infertility: Benefits on semen parameters, advanced sperm function, assisted reproduction and live-birth rate. *Arab journal of urology*, 16(1), 113–124. <https://doi.org/10.1016/j.aju.2017.11.013>

## TESTEMUNHOS

# Ainda dói muito, tanto, tanto

Maternidade... Para mim sempre foi uma palavra sobre a qual não era preciso falar muito, era algo natural, algo que com o decorrer dos anos iria acontecer, pois era a evolução normal da vida. Sempre tive uma atitude maternal, talvez influenciada pela minha mãe, sempre muito meiga para com os filhos... Maternidade, algo que achei sempre que faria parte da minha vida.

No entanto, aos 16 anos houve um indício de que algo poderia não estar bem, tratamento aos ovários nesta altura, outro tratamento uns anos mais tarde e assim sucessivamente. Depois problemas no colo do útero, enfim... Desde cedo que comecei a andar em ginecologistas e foi também desde cedo que comecei a pensar que essa tal palavra que eu achava ser tão natural, poderia não ser assim tão fácil de alcançar.

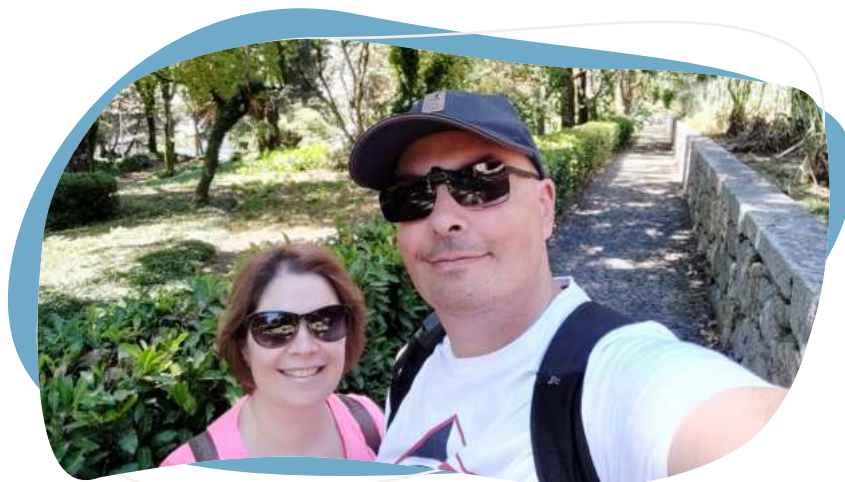
Os anos foram passando e a palavra "Maternidade" pairava sobre mim e sempre recheada de incerteza, pois para mim o que fazia sentido era ter um filho com um pai presente e os anos iam passando e esse pai não aparecia. Verdade que também não procurava, mas na minha ingenuidade tudo teria o seu momento.

Em 2012 iniciei a minha relação, aquela que me poderia abrir as portas da maternidade e, de

facto, algum tempo depois esse assunto foi colocado em cima da mesa, a palavra maternidade deixou de ser uma ideia abstrata, um sonho, e estava no caminho certo para se concretizar.

Em 2014 estive dois meses sem período e eu e o meu namorado pensámos "Grávida! Vem aí um bebé", contudo, quatro testes de gravidez depois (dois de farmácia e outros dois de sangue), o resultado foi sempre o mesmo: negativo. Dores muito fortes durante vários dias e, por isso, contactei o ginecologista. Examinou-me e chegou à conclusão de que estava tudo bem, devia ser stress. Mais uma vez estava tudo bem.

Depois desta situação, começámos a tentar engravidar ainda mais a sério (se é que se pode dizer isto), o tempo foi passando e nada. Todos os meses tinha dores muito fortes duas vezes por mês, tanto no período menstrual como no período fértil. Ficava de cama, faltava ao trabalho, um cansaço extremo, a má disposição com náusea, a bexiga começava a dar sinais de não estar bem e tudo o que todas as portadoras de endometriose conhecem... E não conseguia fazer amor durante o período fértil, mal me conseguia mexer quanto mais ter intimidade... Logo era normal não conseguir engravidar. Perante este cenário,



perante estas queixas, o comentário do médico que me seguia na altura foi “não seja medricas, nem picuinhas, vá lá para casa tratar disso, e faça mas é um bebé”. Naquele momento, pensei que ele devia ter-me dito aquilo mais cedo, pois se o tivesse feito, eu teria consultado outro médico mais cedo. E, às vezes, ainda me culpo por isso, por não ter mudado de médico mais cedo, uma vez que se tivesse mudado, quem sabe as coisas não tinham sido diferentes... Contudo, felizmente, essa culpa está cada vez mais atenuada. Com o passar do tempo percebo que fiz o que poderia ter feito, dadas as circunstâncias.

Saí do consultório e nunca mais voltei a este médico. Nesse mesmo dia marquei consulta para outro médico, por coincidência ginecologista especializado em infertilidade. Chego à consulta, começo a contar a minha história e ele responde “Algo se passa, vamos começar a investigar”. Assim foi, e passados dois meses, e vários exames médicos realizados, tive o diagnóstico de infertilidade: “Tem as trompas completamente obstruídas, nunca engravidará de forma natural, só por milagre, a não ser que faça cirurgia, aí fica com uma hipótese”. Passo seguinte: vamos fazer cirurgia e desobstruir, assim foi. Na laparoscopia obtive outro diagnóstico: endometriose!

Apesar da endometriose, este médico achava que num prazo de seis meses talvez engravidasse, mas que eu precisava de ter noção de que seria difícil, a percentagem era mínima. Esse tempo passou, não engravidei e sentia-me ainda pior do que antes da cirurgia. Peço uma segunda opinião através da seguradora e o ginecologista especializado escolhido foi um norte-americano de renome, o qual chegou à conclusão que deveria tirar todas as lesões, de modo a melhorar a qualidade de vida e potenciar a gravidez. Consulto uma médica, também ela especialista em endometriose e, basicamente, é-me dito que só por milagre conseguiria engravidar naturalmente. Que deveria fazer tratamento de procriação medicamente assistida, e que o melhor seria fertilização in vitro (FIV) com doação de gâmetas (demasiado caro e o meu companheiro não era apologista da ideia).

Com muita frieza ouço novamente, “mas olhe que será praticamente um milagre. A sua idade também não ajuda.” Disse-me que o elevado custo dos tratamentos, a minha idade e a baixa percentagem de probabilidade de sucesso (4%, no máximo) não compensavam todo o sofrimento envolvido, para pôr a ideia de lado.

Não gostei da forma como fui atendida num hospital e fiz a inseminação intrauterina (IIU), sem sucesso, no SEMER, no Hospital da Universidade de Coimbra. Também aí doeu a forma como fui tratada por alguns profissionais de saúde, para alguns era apenas mais um número. Felizmente na última IIU tive sorte e a médica foi atenciosa, assim que me disse que o resultado era negativo, eu chorei de forma incontrolável e já não consegui dizer ou fazer mais nada, foi o meu namorado que tratou de todo o resto que foi necessário. E chorei compulsivamente durante os 80 quilómetros da viagem e faltei ao trabalho. Fiquei num estado lastimável.



## TESTEMUNHOS

Como não engravidava e estava cada vez pior, com dor, praticamente diária, com especial ênfase nos períodos menstrual e fértil, nessas alturas as dores eram (e estão a começar a voltar a ser) horríveis: na bexiga (às vezes sem conseguir urinar), todo o baixo-ventre parecia que rasgava por dentro, parte lombar direita, pernas, dificuldade em respirar, grande inchaço, dor durante e após o contacto íntimo, cansaço extremo, náuseas, choro de tanta dor... Enfim, o nosso cocktail de referência... Com isto resolvi consultar um outro médico, desta vez no Hospital da Luz.

E aí até descobri que o meu espetacular e lindo útero tem adenomiose difusa! Parece mentira, não é? Estava tudo tão bem e afinal, passados "apenas" 31 anos, ganhei o pacote completo! Fui submetida a outra cirurgia, sabia que os ovários poderiam ficar comprometidos, e, por arrasto, a possibilidade de gravidez, mas acredito que foi o melhor a fazer, fiquei limpa, exceto o útero que se manteve com a adenomiose difusa. E depois desta cirurgia fiz mais estimulação ovárica, mais coito programado, e fiz uma FIV, aquela que, apesar dos custos, tinha mesmo de fazer, caso contrário nunca me perdoaria por não tentar. Entreguei-me de corpo e alma a esta FIV, tinha de ser agora. Só tinha um óvulo, felizmente estava viável, foi fecundado, mas não evoluiu mais de três dias. Soube a resposta via telefone e aguardei-me firme a ouvir o veredito da embriologista, contudo, após desligar o telefone chorei, perdoem-me a expressão "baba e ranho", acho que chorei durante horas, chorei até não ter mais lágrimas para gastar nesse dia. E, no dia seguinte, fui trabalhar como se nada fosse, isto porque todo este processo foi passado num sofrimento silencioso, só e incompreendido. Devia ganhar um Óscar por representar tão bem, por camuflar tão bem o que me ia na alma.

E como lido com tudo isto? Perguntam-me, então... Às vezes choro, choro pela dor física que sinto, choro de culpa porque não mudei mais

cedo de médico, choro pela dor psicológica que me assalta, choro pela infertilidade que me saiu na rifa (olhem eu a tentar manter o bom humor e não chorar ao escrever este texto,); outras vezes fico com raiva pela incompreensão e insensibilidade da sociedade, por todos os comentários de "Tire tudo, tire o aparelho ginecológico, quer ter filhos para quê?", "Ah, mas dói assim tanto?", "Então mas foi operada e não ficou boa?", "De cama outra vez?" e tantos outros do género. Às vezes sinto alguma fúria quando as grávidas, que sabem da minha infertilidade, não falam de outro assunto que não seja a gravidez, converso sempre de forma educada e atenciosa, mas por dentro sangro de dor, e ainda sinto uma dualidade de sentimentos sempre que alguém engravida naturalmente, fico feliz e desejo o melhor à criança e ao casal, mas sou invadida por uma tristeza sem dó por não conseguir o mesmo, e quando as pessoas que não queriam ter filhos engravidam naturalmente (à primeira!!!) por imposição da sociedade, ai, que dor que sinto. Penso até que às vezes sinto algo pior, penso que é uma injustiça





de tamanha crueldade que choro compulsivamente, como é possível alguém que não queria filhos engravidar à primeira (às vezes gêmeos) e eu não consigo?!? Porquê? Porquê, pergunto-me. Confesso até que, às vezes, tenho medo de ir visitar as pessoas que tiveram bebês há pouco tempo, tenho medo da minha reação, tenho medo de desatar a chorar e chatear os recém pais.

Já evolui qualquer coisa e, por vezes, consigo falar de tudo isto apenas com umas lágrimas nos olhos e um nó na garganta. No entanto, e penso que isto é muito importante, não entrei em depressão e continuo a sorrir e a rir praticamente todos os dias... E, por incrível que pareça, escrever ajudou-me, sempre que um tratamento não dava resultado ou sempre que tinha uma consulta com alguma notícia menos boa, escrevia e escrevia sempre na companhia das lágrimas que nunca saíram do meu lado e da minha Maczinha, a minha cadela de estimação.

E foi desta forma que surgiu a ideia do livro infantil. Este livro surgiu da necessidade de amenizar a dor de não ter conseguido ser mãe e tentar falar sobre o assunto de uma forma mais suave, digamos assim. Durante o meu processo de descoberta da infertilidade e tratamentos, a minha cadela de estimação (infelizmente já falecida) teve um papel bastante importante, parecia que percebia a minha dor e eu acabei por canalizar muito do meu amor para este ser vivo de quatro patas que, tal como eu, tinha a sensibilidade à flor da pele. Todo o seu carinho foi fundamental, bem sei que parece estranho, mas sentia ali um grande apoio e compreensão. Ao longo deste processo fomos aprofundando cada vez mais a nossa relação e

um dia lembrei-me de colocar a minha história de infertilidade vista pelos olhos dela - assim nasceu "Mac à Espera do Nunca".

Depois fiquei indecisa, enviava para algum lado, não enviava... Um dia em que me senti mais forte psicologicamente e, achava eu, capaz de falar sobre o assunto, enviei. Passados dois dias tinha a resposta da editora Cordel de Prata a dizer que estavam interessados e depois, mesmo receosa, do que poderia acontecer, fui em frente e está agora nas livrarias.

Sei que alguns se perguntam sobre o porquê de expor algo tão íntimo, algo tão doloroso. E sim, ainda dói muito, tanto, tanto. E sim, continua a ser um assunto tabu, falar sobre este assunto é esmiuçar uma ferida ainda aberta, uma ferida que não sei se algum dia cicatrizará, contudo, é precisamente por causa de tudo isto, é precisamente para se falar, para deixarmos de ter medo da dor, do julgamento da sociedade, da pena, para deixarmos de viver a infertilidade num sofrimento silencioso que escrevi este livro. Apesar de não sermos pais, continuamos a ser pessoas válidas para a sociedade. Se ajudar uma pessoa com esta história já será positivo.

A entreaajuda entre as pessoas inférteis é extremamente importante, é importante falar sobre este assunto, não podemos continuar a sofrer sozinhas. É necessária uma maior consciencialização para a doença.

No meu caso, ainda estou a percorrer este longo e tumultuoso caminho da aceitação... Um passo de cada vez, um dia de cada vez.

**Dina Lopes**

## TESTEMUNHOS

### O caos perfeito

Começámos a namorar em setembro de 2017 e em junho de 2018 estávamos a enviar um email para o Hospital Santa Maria a pedir uma consulta no serviço de apoio à fertilidade. O facto do Rui já saber que tinha um problema de fertilidade fez com que ponderássemos a decisão de avançar para o tratamento com outra expectativa. Ou seja, não estivemos anos a tentar engravidar até descobrir, em choque, que tínhamos um problema, como acontece muitas vezes. Pensámos, se demora mais ou menos um ano até nos chamarem para iniciar o tratamento de fertilidade, inscrevemo-nos já e vamos descontraidamente desfrutar da vida ao máximo até lá.

Iniciámos então a nossa jornada com o melhor otimismo possível em junho de 2018, quando enviámos o primeiro email para o Hospital, ao qual responderam passado duas a três semanas com o envio de um questionário sobre a nossa história. E, tal como já nos tinham informado sobre o tempo de espera, desde a primeira consulta até ao primeiro ciclo de tratamento decorreu cerca de um ano e meio, durante o qual fizemos todo o tipo de análises e exames que nos pediram. Foi então durante esse tempo que acabámos por descobrir que também a Raquel não tinha um excelente prognóstico, apesar da idade (na altura com 34 anos), pois tinha uma reserva ovárica muito baixa, o que acabou por nos desanimar um pouco.

Com isto, após um ano da primeira consulta, fomos chamados ao hospital para nos dizerem que pela lista de espera ainda iria demorar pelo menos mais 3 meses e por isso, se quiséssemos, poderíamos recorrer ao privado sem custos. E assim fizemos. No dia 31 de dezembro de 2019 tivemos a primeira consulta no IVI e, com a esperança de um Ano Novo com surpresas, iniciámos o nosso tratamento que permitiu a recolha de 5 ovócitos,

que resultaram apenas em um embrião, que foi transferido com sucesso. Mas, a 21 de fevereiro de 2020 recebemos o nosso primeiro resultado negativo – a gravidez não avançou. Foi a primeira vez que nos permitimos ir abaixo e pensar que se calhar não seria assim tão “fácil” como o nosso otimismo inicial nos queria fazer acreditar.

Voltámos para as consultas no Hospital de Santa Maria, mas, entretanto, “rebenta” o COVID o que tornou tudo mais lento e ainda mais recheado. Ainda assim, com protocolo de tratamento novo, iniciámos um novo ciclo de injeções e medicação mais forte em agosto. Desta vez, apenas foi possível recolher 3 ovócitos, mas novamente apenas 1 embrião, que foi também transferido com sucesso. “Vai ser desta!” pensámos nós, e na primeira análise ao sangue, efetivamente deu um resultado positivo, apesar de baixinho. Na altura até fomos de férias com alguma esperança, mas, com muita tristeza, soubemos que o resultado da segunda análise tinha diminuído, o que indicava que infelizmente a gravidez não tinha avançado.

Um novo e maior choque com a realidade. “E se nunca conseguíssemos? Deveríamos repensar o nosso futuro? Esquecer o ter filhos biológicos? Tantas crianças no mundo a precisar de pais?”. O mundo não nos prepara para esta realidade... Não fazíamos ideia de quantos casais passam por estas dificuldades. Há medida que íamos partilhando a nossa história com amigos e conhecidos, íamos também recebendo, além de muito apoio, outras histórias de tantas e tantas pessoas à nossa volta que afinal também tinham tido dificuldade em ter filhos. Felizmente a maioria dos casos tinha terminado bem e hoje eram casais com um filho ou mais. Isso deu-nos novamente esperança e força para continuar. Iriamos então avançar para o terceiro e último tratamento (o



SNS só permite 3 tentativas por casal) no Hospital de Santa Maria.

Assim, em janeiro de 2021 iniciámos um novo ciclo, com um novo protocolo ainda mais agressivo. “Agora é que é! Ano novo, Vida nova!” Deste novo ciclo resultaram 4 ovócitos, e os 4 fecundaram. Boas notícias, as probabilidades melhoraram, e assim no dia 07 de março de 2021 transferimos os 2 melhores embriões – seriam os nossos campeões! O médico, após a transferência disse “Parabéns! Está grávida! Agora é relaxar!”.

Confessamos que desta vez estávamos mais apreensivos, mas ainda assim permitimo-nos acreditar um bocadinho. O certo é que efetivamente era verdade! Quando fizemos as análises de sangue, deu um valor disparatadamente alto, tanto

que a enfermeira disse que por aquele valor eram gémeos de certeza! E ainda não queríamos acreditar... Tínhamos de ver na ecografia com os nossos olhos. E assim foi! Finalmente íamos ser pais e logo a dobrar, e seriam duas lindas meninas!

Pode dizer-se que a gravidez correu com normalidade, com as devidas precauções e acompanhamento que uma gravidez de gémeos deve ter.

Assim, a **28 de outubro de 2021** nasceram as nossas duas bebés, a Júlia e a Luísa! Pequenas, mas saudáveis! Lindas e Nossas! Hoje têm 19 meses e são a nossa maior alegria (e cansaço)! São diferentes entre si em quase tudo e parecidas connosco em tudo! São o nosso caos perfeito!

**Raquel e Rui**

# APFertilidade explica...





**Explicar e desmistificar a (in) fertilidade. É esse o principal objetivo do videocast & podcast +Fertilidade Talks, uma iniciativa que a APFertilidade lançou com o apoio da Merck Portugal, e que arrancou em junho, mês da consciencialização da fertilidade.**

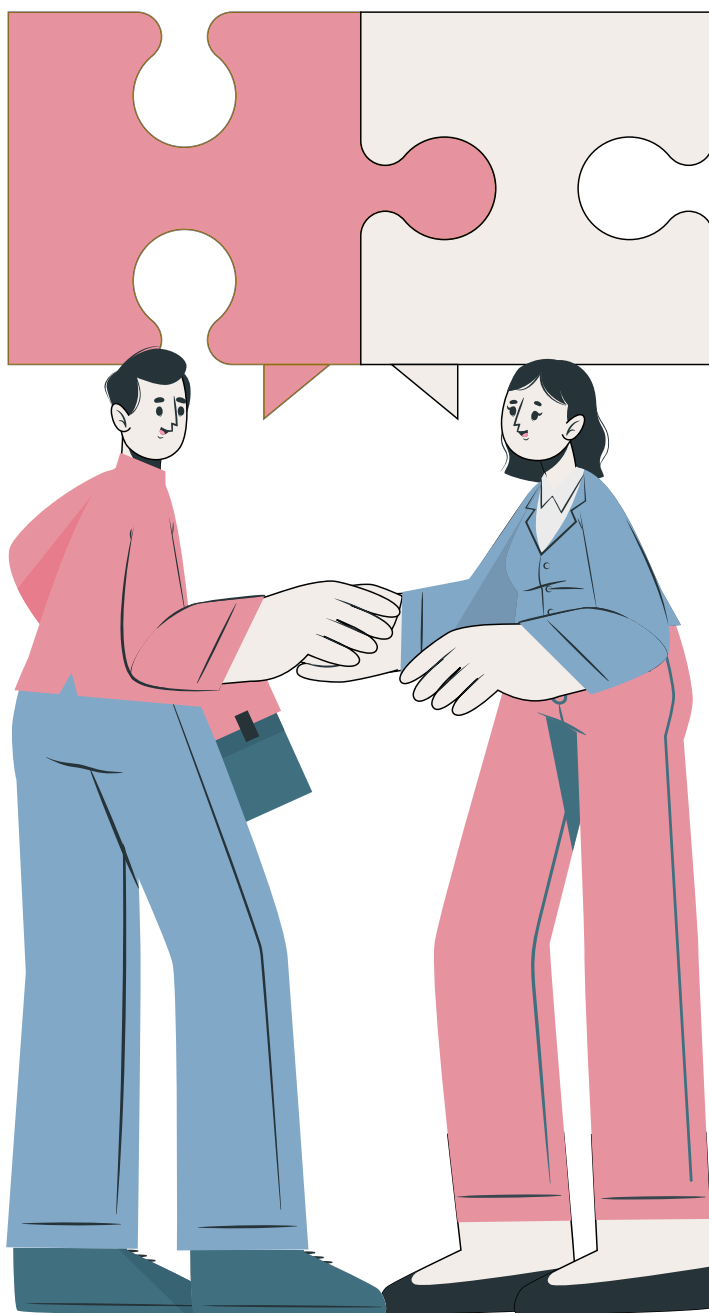
Para o [1.º episódio](#) foram convidados os médicos Iris Bravo, ginecologista e obstetra no Hospital Garcia de Orta, onde é ainda especialista em Infertilidade e Procriação Medicamente Assistida, e Nuno Louro, responsável pela Unidade de Andrologia do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Universitário do Porto, para responder à pergunta “Sou Fértil?”.



O [2.º episódio](#) do +Fertilidade Talks tem como convidada Ana Teresa Almeida Santos, diretora do Departamento de Ginecologia, Obstetrícia, Reprodução e Neonatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. A especialista em fertilidade fala de investigação, melhorias nos tratamentos e o papel que desempenha no trabalho dos profissionais de saúde.

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

# Protocolos



**Clínica Ginemed — Porto**

Avenida da Boavista, 1243, Piso 0

4100-130 Porto

Tel: 223 278 430

Email: [info@ginemed.pt](mailto:info@ginemed.pt)

> 10% de desconto sobre o valor base do tratamento de Procriação Medicamente Assistida

> O desconto não se aplica a técnicas complementares de laboratório, Programa de Embriões Garantidos e Programa de Gravidez Garantida.

**Farmácia Sete Rios**

Estrada das Laranjeiras nº202-B

1600-139 Lisboa

Tel: 21 72 72 082

WhatsApp: 96 30 14 385

Email: [farmaciaseterios@gmail.com](mailto:farmaciaseterios@gmail.com)

Email Encomendas:

[encomendas.farmaseterios@gmail.com](mailto:encomendas.farmaseterios@gmail.com)

**Rita Vale - Especialista em Medicina Tradicional Chinesa**

Condições:

Tratamento gratuito, na primeira consulta;

20% de desconto nos restantes tratamentos.

Serviços prestados em:

- Oxy Clinic - Alto dos Moinhos

Rua Cidade Rabat, nº 37 L 1500-159 Lisboa

- Farmácia Normal

Avenida Alfredo da Silva, 116-A 2830-302

Barreiro

- Clínica BioMed - Medicina Integrativa

Avenida do Atlântico, 16, Piso 4, 4.02

1990-019, Parque das Nações, Lisboa

- Rita Vale

Av. Rui Grácio 76, 2855-711 Corroios

**Clínica Fertilidade yIN**

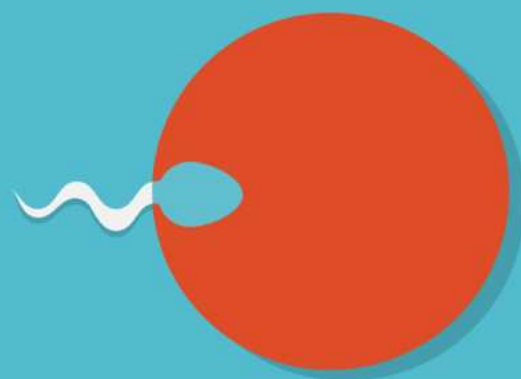
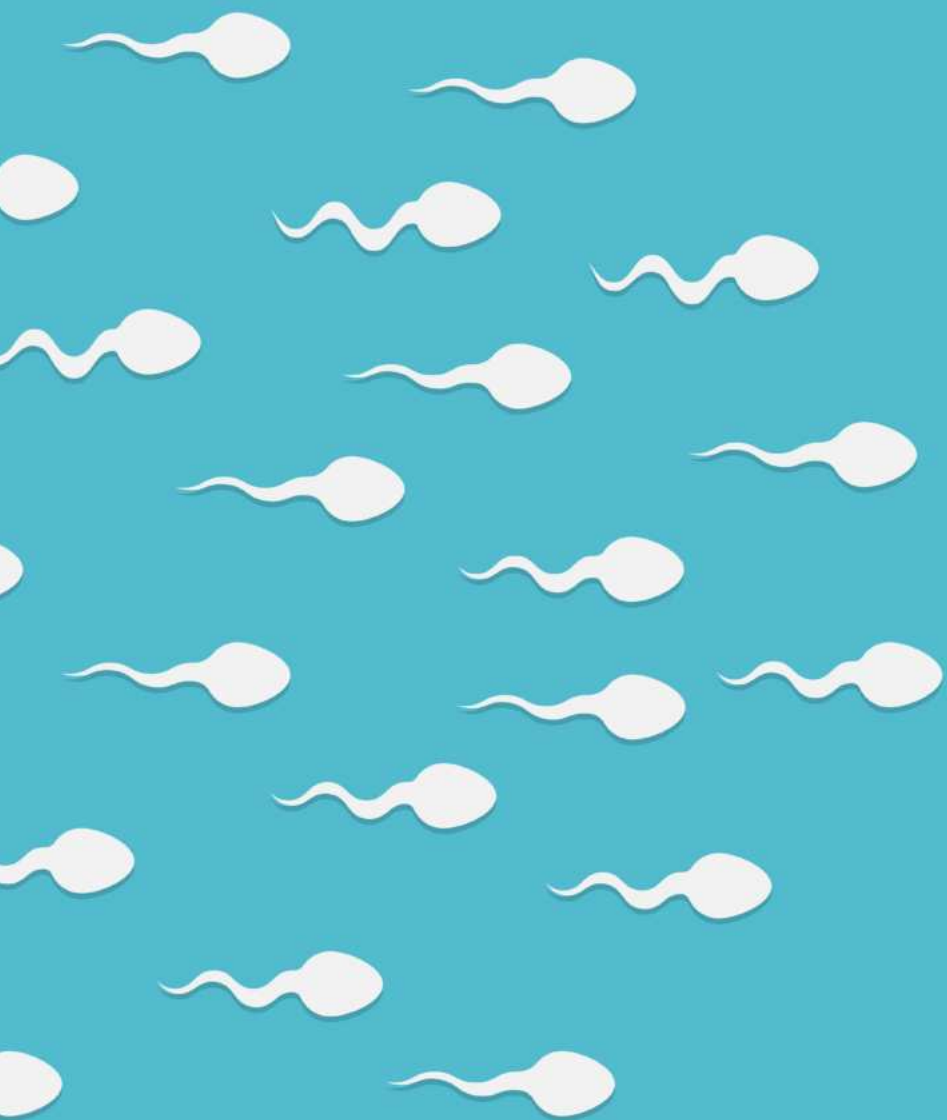
Rua António Alçada Batista, 11D

500-911 Lisboa

Tel: 968 995 846

Email: [marcacoes@fertilidadeyin.pt](mailto:marcacoes@fertilidadeyin.pt)

10% de desconto nas consultas de apoio à fertilidade e acompanhamento (tratamentos).



Associação Portuguesa de  
**Fertilidade**

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