

+ Fertilidade

magazine

EDIÇÃO 3 | JUNHO 2019



ÍNDICE

4 GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO AINDA SEM SUPORTE LEGAL

6 NOTÍCIAS

- BANCO PÚBLICO DE GÂMETAS E PRIVADOS REGISTAM AUMENTO DE CONTATOS PARA DOAR
- DOENTES QUEREM UM SNS DEFINIDO COM A PARTICIPAÇÃO DOS CIDADÃOS
- " A VIAGEM QUE NÃO ESCOLHEMOS HISTÓRIAS SOBRE A INFERTILIDADE
- APFERTILIDADE SUBSCREVE COMPROMISSO POR UMA AGENDA DE VALOR EM SAÚDE
- TEM DISFUNÇÃO OVULATÓRIA? A UMINHO QUER OUVI-LA

10 INVESTIGAÇÃO

- OBESIDADE ANTES DA GRAVIDEZ MAIS PREJUDICIAL DO QUE PESO GANHO DURANTE A GESTAÇÃO
- DADORES E BENEFICIÁRIOS PREFEREM PARTILHAR APENAS DADOS MÉDICOS

14 ARTIGOS

- A VIAGEM DE JOANA FOI ESCOLHIDA PELA MRKH
- MAYER-ROKITABSKY-KÜSTER-HAUSER
- PARA ONDE CAMINHA A EUROPA?
- INFERTILIDADE NO MASCULINO
- PMA, PARENTALIDADE E TRABALHO, QUE DIREITOS?

28 ENTREVISTA

- HÁ MÉDICOS QUE AINDA NÃO ESTÃO SENSIBILIZADOS PARA A INFERTILIDADE

30 APOIO PSICOLÓGICO

- FIM DO ANONIMATO NA DOAÇÃO DE GÂMETAS E EMBRIÕES E AGORA O QUE MUDOU?

34 NUTRIÇÃO

- OBESIDADE, NUTRIÇÃO E INFERTILIDADE MASCULINA

38 TESTEMUNHOS

- PORQUÊ EU?
- PLANO B - UMA VIDA SEM FILHOS
- INFERTILIDADE - A DOR QUE DESTRÓI O CORAÇÃO

44 PROTOCOLOS



GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO AINDA SEM SUPORTE

No último dia 21 de junho, a Presidência da República comunicou a promulgação da proposta de lei que determina o fim da confidencialidade dos doadores de gametas e embriões, dando-se lugar à sexta alteração à Lei n.º 32/2006. O comunicado surgiu mais de 420 dias depois de o acórdão do Tribunal Constitucional de Abril de 2018 ter concluído pela necessária revisão da Lei da Procriação Medicamente Assistida, no que diz respeito ao anonimato dos doadores e algumas das normas que estabelecem o processo de gestação de substituição.

No entanto, esta não é ainda a notícia que se traduzirá efe-

tivamente no fecho de um período de ansiedade, medo e perda efetiva do direito de muitas mulheres e casais em recorrerem ao apoio do Serviço Nacional de Saúde.

No momento de fecho desta edição, faltava o ponto final neste longo e penoso processo: a publicação da lei em Diário da República. Estará muito provavelmente por dias, ficando, assim, dada permissão para que os tratamentos de PMA com recurso às doações de óvulos, espermatozoides e embriões possam prosseguir com base num período transitório, tendo como data de referência 7 de maio de 2018, dia em que o acórdão foi tornado público.

com uma situação clínica muito específica possam ser mães. Até agora existe apenas um projeto de lei, da autoria do Bloco de Esquerda, com propostas para responder ao imposto pelo Tribunal Constitucional.

Durante o mês de junho, o grupo de trabalho da PMA ouviu o Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA), a APFertilidade, o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV), o médico e professor de Ética Médica Miguel Oliveira da Silva e o juiz-desembargador e antigo presidente do CNPMA Eurico Reis pronunciarem-se sobre a proposta bloquista.

Em audição pelo grupo de trabalho, a presidente do CNPMA, Carla Rodrigues, apresentou cinco propostas de alteração à lei, podendo destacar-se que só poderia ser gestante de substituição uma mulher que já fosse mãe e familiar direta ou amiga muito próxima da beneficiária ou que apenas a cidadãos nacionais, apátridas e estrangeiros a viver em Portugal poderiam ser considerados beneficiários da futura lei. A APFertilidade considera que, apesar de as propostas do CNPMA poderem vir a limitar a possibilidade de mais mulheres poderem ser candidatas, como permitia a versão anterior da lei, foi verificado que nos processos que tinha sido aprovados até ao chumbo do Tribunal Constitucional, as gestantes enquadravam-se no que é sugerido pelo Conselho Nacional, nomeadamente de que o risco da quebra do contrato entre casal e gestante era mínimo ou inexistente, dada a ligação de proximidade entre as duas partes.

Atualmente, aguarda-se a apresentação ou de outras proposta de lei ou de um consenso entre os deputados que formam o grupo de trabalho quanto a um documento final a ser submetido a apreciação e votos e assim se caminhe no sentido de encontrar uma resposta legal para este problema. Os partidos que se têm manifestado favoráveis a uma discussão e a encontrar um ponto de equilíbrio que determine o exigido pelo Tribunal Constitucional acreditam que será possível chegar a uma proposta de lei final ainda nesta legislatura, não havendo, no entanto, garantias de que a mesma seja aprovada.

A APFertilidade recusa pessimismos e vai continuar a lutar pelo fim das desigualdades ao direito de ser pai e mãe, de ter uma família, vedado há mais de um ano a vários casais que têm na gestação de substituição a única resposta para conseguirem ter um filho biológico.

“
...alternativa para
mulheres com situação
clínica **muito específica**

”

O trabalho da APFertilidade desenvolvido com o apoio dos beneficiários e em coordenação com os partidos políticos em sede da Comissão de Saúde resultou no passo que se pretendia e as soluções encontradas irão finalmente permitir que sejam utilizadas as dádivas que estava previsto serem incluídas em tratamentos de PMA.

Podemos afirmar que se trata de um problema resolvido, mas o mesmo continuamos sem poder dizer quanto à gestação de substituição, dado continuarem sem existir medidas legislativas concretas para que se desbloqueie o processo, única alternativa para que mulheres

STITUIÇÃO
E LEGAL

NOTÍCIAS

Banco Público de Gâmetas e privados registam aumento de contatos para doar

Os pedidos de consulta por potenciais dadores de óvulos e espermatozoides aumentou no Banco Público de Gâmetas, bem como nas clínicas privadas de fertilidade, adiantou à +Fertilidade o presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina de Reprodução (SPMR). Não existe ainda um número concreto de candidatos que passaram ou irão integrar a lista de dadores, mas três meses depois de ter sido lançada a campanha *Dá Vida à Esperança*, destinada a sensibilizar para a necessidade de dádivas de gâmetas, o balanço é positivo.

Para que a campanha cumpra os objetivos, informar sobre o processo de doação, alertar para a importância de aumentarem as dádivas e sensibilizar mulheres e homens no sentido de se tornarem dadores, a SPMR apostou na divulgação junto da comunicação social, redes sociais e na realização de palestras, principalmente em universidades, onde se encontra o público-alvo da ação, jovens com idades entre os 18 e 24 anos.

“Para além de uma página na internet [www.davidaaesperanca.org], temos uma página no Instagram e no Facebook, que conta já com mais de 3.600 seguidores, 665.800 utilizadores da rede social alcançados e cerca de 700 interações diretas com potenciais dadores”, indicou o médico. Além do suporte online da campanha, um dos pilares da iniciativa das SPMR tem sido as palestras, essenciais quando se verificou que o “nível de conhecimento sobre o tema da doação de gâmetas por parte do público em geral era muito reduzido”.

Conduzidas por profissionais da área da procriação medicamente assistida, desde médicos, embriologistas a psicólogos, as palestras têm ajudado ao esclarecimento das várias dúvidas colocadas pelos participantes, com a SPMR a testemunhar um “grande interesse por parte dos potenciais dadores quando o tema lhes é devidamente explicado”.



Pedro Xavier sublinha que a campanha não pretende “mudar o paradigma das doações num curto espaço de tempo”, mas que a médio e longo prazo se estabeleçam “raízes para que as mentalidades se alterem, permitindo que, no futuro, os potenciais beneficiários destas dádivas não tenham que esperar anos no Sistema Nacional de Saúde para fazer um tratamento de procriação medicamente assistida com óvulos ou espermatozoides doados”.

Apesar da falta de conhecimento sobre a doação de gâmetas ser ainda considerável, nos três meses que passaram desde o lançamento de *Dá Vida à Esperança*, o balanço é “bastante positivo”, com os diretores dos centros de PMA a indicar que re-

ceberam novos contatos, incluindo o Banco Público de Gâmetas, que funciona no Centro Materno-Infantil do Norte, no Porto. “Foi-nos dito que houve mesmo a necessidade de alargar os períodos de consulta destinada a atender os potenciais dadores de gâmetas, precisamente devido ao aumento de pedidos de consulta”, refere o médico.

Para já não é possível traduzir esse aumento em números concretos de dadores efetivos ou mesmo de dádivas. Pedro Xavier explica a dificuldade “porque nem todos os contatos vão resultar em dádivas” e por “entre uma manifestação inicial da intenção de doar e a concretização da dádiva há um espaço temporal razoavelmente largo, que se prende com a necessidade de avaliação clínica e psicológica dos candidatos, para além da realização dos respetivos exames complementares”.

Numa primeira análise, a SPMR registou indicações “de que o número de pedidos para doar aumentou após o lançamento da campanha, tanto no Banco Público como nos centros privados”.

Pedro Xavier afirma que a campanha *Dá Vida à Esperança* é para manter o “maior tempo possível” e que irá sendo adaptada consoante o balanço que se irá fazer em março do próximo ano. “O nosso objetivo, por muito ambicioso que possa parecer, é continuar enquanto houver escassez de dadores de gâmetas em Portugal”, concluiu o responsável.

Doentes querem um SNS definido com a participação dos cidadãos

Defender uma gestão mais humanizada do doente, para assegurar a qualidade de vida do cidadão; promover o valor da saúde em todas as políticas, para garantir o acesso do cidadão ao Serviço Nacional de Saúde; assegurar, na definição das políticas de saúde, a participação dos cidadãos e dos representantes dos doentes e cuidadores, para maximizar o impacto e os resultados em saúde. Estas são três das 14 prioridades que integram a “Agenda da Saúde para a Década” e que foram apresentadas pelas 69 associações de doentes, incluindo a APFertilidade, que integraram o Conselho Superior da Convenção Nacional da Saúde 2019.

A apresentação do documento foi um dos pontos altos da Convenção Nacional da Saúde, que decorreu dia 18 de junho, no Centro de Congressos de Lisboa (CCL), que contou ainda com a presença de representantes de sete ordens de profissionais da Saúde, 23 instituições públicas de Saúde, 20 associações profissionais, nove instituições do sector social e 16 associações sectoriais da área da Saúde.

O presidente da Comissão Organizadora, Eurico Castro Alves, tinha já apresentado a convenção como “um movimento único, sem precedentes na Europa”, nomeadamente devido ao número de associações presentes, e por “dar voz aos agentes do sector, aos cidadãos e aos doentes na definição das políticas de Saúde”.

Durante a convenção houve espaço para a intervenção de vários nomes de destaque na área da Saúde, começando pela ministra da Saúde, Marta Temido, bem como do alto-Comissário da Convenção Nacional da Saúde, Manuel Pizarro, e dos dirigentes de associações de doentes. Em paralelo, decorreram três sessões temáticas: “Associações de doentes podem fazer a diferença para um sistema de saúde mais justo”, “A importância dos cuidados de saúde primários” e “Um serviço de urgência mais eficiente por um acesso à saúde igual em todo o território”. A APFertilidade assistiu à sessão dedicada à importância dos cuidados prestados nas unidades de saúde locais, tendo o painel de comentadores alertado para a necessidade de formação dos profissionais de saúde para responder ou orientar os doentes em caso de dúvida sobre a sua doença e na criação de literacia acessível aos que continuam a depositar total confiança nos médicos de medicina familiar para procurar tratamento e conselhos para melhorar a sua condição de saúde.



SNS “não é amigo do cidadão”

Ana Paula Martins, bastonária da Ordem dos Farmacêuticos, ficou responsável pela apresentação das conclusões da convenção, sintetizando que não se pretende um SNS “para os pobres, porque isso seria o fim da universalidade, equidade e solidariedade como a conhecemos e idealizámos e marginalizaria no sistema os que, por via do rendimento, não podem exercer a sua liberdade de escolha”. “Não queremos ser geridos por preconceitos, conflitos de interesse, decisões pouco informadas, sem avaliar o que se faz de forma transparente seja público, privado ou social”, reforçou a responsável.

A bastonária lembrou que durante o dia de trabalhos foi unânime a crítica de que “os portugueses não podem ter listas de espera de anos por uma primeira consulta da especialidade ou cirurgias, não podem ter as enormes falhas de medicamentos que têm atualmente na nossa rede de farmácias, não podem esperar eternidades por tratamentos inovadores que podem fazer a diferença, não podem continuar a não ter cuidados continuados e paliativos para si e para os seus quando necessitam, que não só gera sofrimento e desesperança, mas sobrecarrega desnecessariamente as famílias e os cuidadores, exaustos e perdidos num sistema que não é amigo do cidadão”.

Ana Paula Martins venceu que os problemas do SNS “têm de ser a solução permanente”. “Na saúde não chega fazer muito, tem que se fazer bem”, sublinhou a bastonária, considerando que “é altura de perguntar aos portugueses onde querem ver o seu dinheiro investido”.



“A Viagem que não escolhemos - Histórias sobre a Infertilidade”

Joana Freire tornou-se sem o pretender a porta-voz das mulheres que têm na gestação de substituição a única resposta para poderem ser mães. Enquanto uma das beneficiárias da lei que permite a maternidade de substituição, por ter a síndrome Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH), doença que fez com que nascesse sem útero e vagina, tornou-se um testemunho de referência nas reportagens nacionais realizadas, até ao momento, sobre esta alternativa para alcançar a maternidade. Tendo como ponto de partida o seu caso, escreveu A Viagem que não escolhemos - Histórias sobre a Infertilidade que nos leva numa íntima viagem pelo mundo da infertilidade, pelo encontro de soluções e alternativas para alcançar o sonho da maternidade, onde a sua história se junta às de tantas outras mulheres que nasceram sem útero, que tiveram de o retirar por doença ou lesão e que têm útero mas não conseguem levar a gestação até ao fim.

Ao longo do livro, editado pela Âncora Editora, com o apoio da APFertilidade, encontramos várias vivências, de como a infertilidade mudou as vidas destas mulheres,

de como se sentiram quando descobriram que não podiam ter filhos naturalmente, a sujeição a tratamentos, a procura de soluções e alternativas para conseguirem ser mães.

Em cada capítulo existe ainda uma breve componente teórica, que contou com a colaboração de profissionais da área da saúde, nomeadamente especialistas em procriação medicamente assistida.

A gestação de substituição é igualmente abordada, enquanto a única alternativa prevista na lei portuguesa que pode dar resposta a estes casos de infertilidade, mas que atualmente se encontra suspensa por ainda não ter sido concluída a revisão do suporte legal exigida pelo Tribunal Constitucional em Abril de 2018.

A obra pretende abordar os vários tipos de problema de saúde que podem levar à ponderação deste recurso, desde o diagnóstico, percurso das pacientes, limitações nas suas vidas, passando pelas duras implicações psicológicas e emocionais que sofrem.

Com uma linguagem acessível e dirigido a estas mulheres, mas também às suas famílias e amigos, o livro Viagem que não escolhemos - Histórias sobre a Infertilidade dá voz e esperança a todos os que na sua bagagem carregam o desejo de constituir família e que ainda não chegaram ao destino.

Lançado no dia 26 de junho, na Biblioteca Passos Manuel, na Assembleia da República, vai estar à venda na sede da APFertilidade, no site da Âncora Editora, na FNAC, Bertrand, El Corte Inglés, WOOK e outras livrarias do país, por 15 euros.

APFertilidade subscreve Compromisso por uma Agenda de Valor em Saúde

“Melhorar transversalmente a saúde em Portugal, centrar os cuidados no doente e melhorar a qualidade e o acesso, com o máximo de eficiência, ou seja, ao menor custo possível”. Foi com base neste objetivo que, no dia 10 de maio, a APFertilidade, ao lado de várias outras entidades de apoio a doentes e prestadoras de cuidados médicos, assinou o Compromisso Nacional por uma Agenda de Valor em Saúde em Portugal, no âmbito da Cimeira de Cascais, que decorreu no Campus de Carcavelos da Universidade Nova de Lisboa. O compromisso, uma iniciativa inédita em Portugal, tem como base o conceito de prestação de cuidados de saúde com base

em valor, criado pelo economista Michael Porter, segundo o qual não é tanto a quantidade de cuidados médicos prestados que importa, mas o valor que esses cuidados têm para os doentes e a forma eficiente que cada ato médico é prestado.

Os subscritores do compromisso partilham a partir de agora a meta de contribuir com as suas iniciativas e atividades para que se encontrem as melhores soluções para responder à questão “quanta saúde sustentada podemos adquirir com cada euro gasto”. Nesse sentido, a APFertilidade poderá colaborar com a sua experiência e os testemunhos das pessoas que apoia na indicação de formas de tornar eficiente a ajuda e os cuidados de pessoas que precisam de recorrer à procriação medicamente assistida. São elas:

1. Medir resultados que se foquem nos doentes, sistematizar práticas e integrar cuidados, procedendo, para cada entidade clínica relevante, a experiências piloto a expandir.
2. Medir, paralelamente, os custos totais para obter esses mesmos resultados e passar, tendencialmente, a financiar por valor criado; não por atos isolados ou por silos terapêuticos.
3. Usar e contribuir para plataformas de informação de big data, que permitirão o registo junto do doente, a administração, a gestão integrada, a melhoria contínua e depois, o pagamento diferenciado por qualidade e valor.
4. Ponderar a inovação terapêutica com base na relevância e impactos para o doente, seguindo o mesmo princípio para as decisões de grandes investimentos no setor da saúde.
5. A adoção destas medidas promoverá uma transformação, já a partir do dia 11 de maio, fazendo com que em 2021, pelo menos, um terço dos atores da saúde em Portugal tenha aderido à prestação e ao financiamento de cuidados com base em valor. Este esforço colaborativo será acompanhado por uma task force onde todos se sentirão devidamente representados.

**CIMEIRA
DECASCAIS**

Valor em saúde,
um compromisso para todos

Tem disfunção ovulatória? A UMinho quer ouvi-la

Ter idade entre os 18 anos, com ciclos menstruais com mais de 36 dias, ou que não menstrue se tomar a pílula ou outra medicação hormonal, ou com diagnóstico de ovários poliquísticos ou síndrome do Ovário Poliquístico. São estas as condições de saúde que uma equipa de investigadores da Escola de Medicina da Universidade do Minho procura para desenvolver um estudo sobre a disfunção ovulatória.

Para desenvolver a investigação, a equipa, formada por investigadores e médicos ligados ainda aos hospitais de Braga, Famalicão e Guimarães, procura 150 mulheres que de forma voluntária estejam interessadas em ajudar a identificar a causa e corrigir, de forma dirigida, a disfunção, de forma a que uma mulher consiga engravidar de forma segura e eficaz. Durante o estudo, as participantes serão sujeitas de forma gratuita a análises clínicas, a uma ecografia ginecológica 2D/3D e uma avaliação médica por um ou uma ginecologista. Caso a mulher pretenda engravidar pode participar numa segunda fase do estudo em que, com acompanhamento médico, deverá ter a situação de disfunção corrigida através da indução da ovulação.

Vanessa Silva, que com Rui Miguelote lidera a investigação



do projeto, explica, citada pela Universidade do Minho, que a disfunção ovulatória, responsável por ciclos menstruais irregulares e infertilidade em 35% dos casos, apesar de frequente, os mecanismos que desencadeia “ainda não são completamente compreendidos”. “A falta de conhecimento sobre estes mecanismos e a forma como interagem tem contribuído para orientações clínicas, muitas vezes, incorretas ou pouco eficazes”, acrescenta.

As mulheres interessadas em participar podem inscrever-se através do formulário https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSda8q-LLV6IBp_cVmUGL22YjAjUb-5DHJChp7OCUi4S1rsO3Kg/viewform para o efeito disponível no site do estudo clínico InOvulação <https://www.inovulacao.com/>

INVESTIGAÇÃO



Obesidade antes da gravidez mais prejudicial do que peso ganho durante a gestação

O excesso de peso da mulher antes de uma gravidez pode constituir um maior risco para a saúde materna e para o desenvolvimento do bebé do que o peso que a futura mãe possa ganhar durante a gestação. A conclusão é de um estudo realizado em 15 países, incluindo Portugal, e onde foram observados dados relativos a 196.670 mulheres, perto de 7.700 portuguesas, com uma idade média de 30 anos.

Em Portugal, o estudo, que teve como objetivo determinar que consequências tem o peso ganho durante a gravidez para a saúde da mãe e da criança, foi coordenado por Ana Cristina Santos e Henrique Barros, ambos investigadores do grupo de Epidemiologia Perinatal e Pediátrica do Instituto de Saúde Pública, da Universidade do Porto.

À +Fertilidade, Ana Cristina Santos indicou que com o estudo verificou-se que o “risco de desfechos adversos quer maternos, quer ao nascimento varia de acordo com o ganho de peso gestacional e ao longo de diferentes categorias de peso pré-gravidez”. Mais, continuou a investigadora, o “peso antes da gravidez tem maior associação com estes desfechos adversos quando comparado com o peso

ganho durante a gravidez”.

Os dados para o estudo foram recolhidos entre mulheres que estiveram grávidas entre 1989 e 2015, sendo que as portuguesas que participaram na investigação faziam parte do projeto Geração XXI, uma iniciativa da Faculdade de Medicina e do Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, cujo objetivo tem sido avaliar desde 2005 o crescimento e a saúde de mais de 8.600 crianças nascidas nos cinco hospitais públicos com maternidade da área metropolitana do Porto

Entre as mulheres portuguesas, a equipa do Instituto de Saúde Pública registou que 4,1% tinham baixo peso, a maioria, 66,1%, um peso normal e 21,2% encontravam-se em estado de pré-obesidade. No campo da obesidade, 6,3% tinha grau 1, 1,8% grau 2 e a percentagem mais baixa das mães, 0,5%, apresentava grau 3.

Nas conclusões do estudo internacional, publicadas no [PLOS Medicine of The American Medical Association](#) em Maio, é apontado que se uma grávida com peso normal



pode correr o risco de sofrer de pré-eclâmpsia, hipertensão gestacional, diabetes gestacional, partos prematuros, ou o bebê nascer com peso abaixo do recomendável, numa situação em que a mulher sofre de obesidade severa no início da gravidez existe o risco de ter um ou mais desfechos adversos.

Além desta tendência entre a maioria das mulheres observadas, o estudo determinou que existem outras semelhanças entre as grávidas que participaram nas investigações desenvolvidas nos vários países. “A relação entre o índice de massa corporal antes da gravidez, assim como com o ganho de peso durante a gravidez e os desfechos adversos estudados, foi muito consistente entre os países, não tendo sido verificadas grandes assimetrias nos resultados”, indicou Ana Cristina Santos.

Questionada sobre se é possível estabelecer um peso ideal antes de se avançar para uma gravidez, a investigadora explicou que o índice de massa corporal da mulher “deverá situar-se no intervalo classificado como normoponderal (18.5-24.9 kg/m²), uma vez que são estas as mulheres que

exprimem menor risco de desfechos adversos da gravidez”.

Com a gestação, o peso ganho deverá ser adequado ao índice de massa corporal da mulher prévio à concepção. Assim, o aumento de peso associado a menor risco de desfechos adversos da gravidez são de 14 kg a menos de 16 kg para mulheres categorizadas como magras antes da gravidez, 10kg a menos de 18kg para pesos normais, 2kg a menos de 16kg para mulheres com excesso de peso, 2kg a menos de 6kg para obesas grau 1, perda de peso ou ganho até 4kg para obesidade grau 2 e até 6kg para obesidade grau 3. Ana Cristina Santos realça que estas recomendações de intervalos de ganho de peso gestacional “devem ser consideradas sob o risco individual de desfechos adversos”.

Perante a leitura destes dados, o “acompanhamento da mulher no período preconcepção, assim como durante o período pré-natal, é fundamental para diminuir o risco associado ao seu peso, quer para a própria mulher para o seu filho”.

Dadores e beneficiários preferem partilhar apenas dados médicos

A maioria das 230 pessoas inquiridas no âmbito de uma investigação do Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP), com o objetivo de perceber que informação estão disponíveis para partilhar em caso de dádiva de gâmetas e de benefício de doações, aceitam que sejam facultados dados médicos ligados aos processos, desde que se mantenham sob sigilo informações que de alguma forma as possa identificar.

Estas foram as conclusões do trabalho de investigação “People-centred policy for data governance in gamete donation: access to information by gamete donors and recipients”, desenvolvido por Tiago Maia para a tese de Mestrado em Saúde Pública na Universidade do Porto, destinada a analisar a importância de políticas de saúde centradas nas pessoas, neste caso para a doação de gâmetas através da análise das opiniões de dadores e beneficiários relativamente ao acesso e partilha de informação.



A tese, realizada ainda no âmbito do projeto [Bionetworking e cidadania na doação de gâmetas](#), com a colaboração das investigadoras do ISPUP, Cláudia de Freitas, Susana Silva e Catarina Samorinha, e anunciada este ano, teve como base uma amostra de 69 dadores de gâmetas, com idades entre os 20 e 40 anos, e 161 beneficiários, entre os 19 e 52 anos. Recrutados no Banco Público de Gâmetas entre Julho de 2017 e Abril de 2018, foram questionados se estariam disponíveis para partilhar informação identificável, como o nome, informação

pessoal não identificável, como o grau de escolaridade, informação médica e informação acerca dos resultados da suas doações, ou seja, se houve uma gravidez ou se nasceu uma criança com a ajuda de uma dádiva.

“Os dados obtidos indicam que tanto dadores como beneficiários concordam que os beneficiários não devem ter acesso a informação identificável e a informação pessoal não identificável dos dadores. Relativamente à informação médica, verificou-se que os dadores estão disponíveis para partilhar este tipo de informação e que os beneficiários querem ter acesso à mesma”, explicou Tiago Maia à +Fertilidade. Ambos os lados concordaram ainda que os dadores não devem ter acesso a informação identificável e médica dos beneficiários e das crianças nascidas por via da doação de gâmetas.

E os dados pós-doação e tratamento?

Enquanto as questões se cingiram às hipóteses anteriores, Tiago Maia concluiu que houve uma concordância de opiniões, mas quando lhes foi colocada a possibilidade de terem acesso aos resultados das técnicas de procriação medicamente assistida em que se recorreu a gâmetas doados (gravidez ou nascimento), as respostas revelaram divergências. “Mais dadores mostraram interesse em ter acesso a esta informação, ao passo que os beneficiários se mostraram pouco disponíveis para a partilhar”, revelou.



Os dados obtidos indicam que tanto dadores como beneficiários concordam que os beneficiários **não devem ter acesso a informação identificável e a informação pessoal não identificável dos dadores**



Questionado sobre o que pode explicar este posicionamento de opinião por parte de quem doa e de quem recebe, o autor aponta a necessidade de garantia de que não haverá uma procura de contato de uma ou de ambas as partes. “A relutância dos beneficiários em aceder a informação identificável dos dadores e em partilhar informação sobre os resultados da doação, assim como informação identificável das crianças, poderá ser motivada pelo desejo de evitar um contacto futuro dos dadores com os seus filhos”, explica Tiago Maia. No entanto, também os dadores mostraram “não ter interesse em aceder a informação identificável dos beneficiários e das crianças, o que poderá ser indicativo de que não pretendem contactá-los no futuro”.

As conclusões desta tese surgiram nas vésperas de se assinalar um ano sobre o anúncio do acórdão do Tribunal Constitucional, de Abril de 2018, que concluiu pelo fim da confidencialidade dos dadores de gâmetas e embriões que estava determinada na Lei da Procriação Medicamente Assistida. A preferência pelo anonimato revelada pela investigação é contrariada pela proposta de lei redigida pelo grupo de trabalho da PMA, em resposta ao acórdão, na qual os dadores de gâmetas e embriões deixam de ser anónimos após 7 de Maio de 2018, ficando acessível a sua identidade civil caso a mesma seja pedida pela criança nascida.

Tiago Maia é mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar e licenciado em Ciências Biomédicas com um menor em Biomedicina Farmacêutica pela Universidade de Aveiro. Atualmente é bolsheiro de investigação no projeto “DATAGov – Participação dos cidadãos na governança de dados de saúde: uma abordagem à proteção de dados centrada nas pessoas” e integra o Departamento de Saúde e Sociedade.

ARTIGOS

A viagem de Joana foi escolhida pela MRKH

Aos 32 anos Joana Freire tornou-se uma referência quando se fala em gestação de substituição em Portugal, como mulher que precisa desta alternativa para ser mãe, por ter a síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH), e como membro da direção da APFertilidade, defensora deste processo para mulheres que como ela têm uma situação clínica específica.

Com a entrada em vigor da lei em 2016, Joana viu finalmente aberto o caminho para ter um filho biológico, mas cerca de dois anos depois o sonho teve uma pausa forçada. Um acórdão do Tribunal Constitucional (TC), de abril de 2018, suspendeu os processos de gestação de substituição, por considerar que não estavam reconhecidos na atual lei todos os direitos à gestante. O processo apenas poderá ser retomado quando for criado o suporte legal imposto pelo TC, estando, neste momento, em fase de análise e discussão pelo grupo de trabalho da PMA da Comissão de Saúde.

Antes da decisão judicial, Joana já preparava um livro para partilhar a sua história como portadora de MRKH, sobre a necessidade de recorrer à gestação de substituição, mas também para dar a conhecer o percurso de várias outras mulheres que como ela estão impedidas de ficar grávidas ou de levar uma gravidez até ao fim. “A Viagem que Não Escolhemos - Histórias sobre a Infertilidade” está concluído e o livro foi lançado pela Âncora Editora, com o apoio da APFertilidade, no dia 26 de junho, na Biblioteca Passos Manuel, na Assembleia da República.

Além do seu caso clínico e das repercussões que este teve na sua vida, Joana Freire reuniu testemunhos de outras mulheres impedidas de carregarem o seu filho, bem como explicações médicas e outros esclarecimentos para ajudar quando a infertilidade bate à porta. Ao livro veio recentemente juntar-se outro projeto, o amar-te-blog.com, onde fala de questões ligadas à infertilidade, à MRKH e os desenvolvimentos legais que envolvem a gravidez de substituição.

“Descobri que era portadora da síndrome em 2004. Este ano faz 15 anos que fui diagnosticada e operada”, lembra à +Fertilidade. Até aos 17 anos percebia que alguma coisa não estaria bem, por não ter menstruação, por não experienciar os que as amigas e colegas partilhavam nas conversas no intervalo das aulas ou no café ou por ter dificuldade em falar na primeira experiência sexual.

Joana conta que “foi um choque muito grande lidar com a diferença e a impossibilidade de concretizar alguns desejos”. “Não foi fácil”, nomeadamente para a família. “Foi uma grande mágoa, até porque quando me disseram que não tinha vagina, não imaginávamos pelo que ainda tínhamos de passar, foi um ano muito difícil para todos”, partilha.

Além da família, apenas os amigos mais próximos souberam o que se passava. “Para eles também foi difícil, mas como eram jovens penso que levaram o diagnóstico com alguma leveza, acreditavam que ia correr tudo bem”, recorda.



Joana não partilhava com qualquer pessoa a sua condição de saúde. Com o tempo, a convivência obrigatória com a síndrome de MRKH levou-a a admitir publicamente o que a impede de ser mãe. As reações vão da normal preocupação, a dúvidas sobre anatomia. “As pessoas ficam espantadas, vejo na cara delas e parece que o cérebro para e começa a pensar mil coisas... Mas como não tens vagina? Mas agora já tens? Consegues ter relações? Ah, não fazia ideia? É engraçado ver as reações de quando conto a minha história”, conta.

“
Mas como não tens vagina?
”

Estas dúvidas, a falta de conhecimento, os estigmas, o apoio a outras mulheres em situação semelhante, que por um motivo de saúde não conseguem gerar uma criança e têm na gestação de substituição a possibilidade de serem mães, levaram a que escrevesse “A Viagem que Não Escolhemos”. “Apesar de haver muita dor nas histórias, gostava que as pessoas que as lessem ficassem orgulhosas pela coragem daquelas mulheres, por terem contado algo tão íntimo, mas ao mesmo tempo que ficassem informadas sobre a realidade de muitas mulheres/casais passam para serem pais. Eu acredito

muito na partilha, é uma ferramenta poderosa que nos ajuda a superar as situações menos boas”.

Apesar da situação legal em que se encontra esta alternativa, Joana acredita que existem condições para a criação das normas necessárias para que a maternidade de substituição volte a ser uma realidade no país, mas que para isso as “entidades têm de se envolver ainda mais, para as condições estarem disponíveis”. “É necessário que as ideologias sejam neutras de forma a não condicionar o processo legal. O objetivo é focar na solução e no impacto que esta vai ter na vida dos casais, em especial nas mulheres cujo útero não existe ou não consegue levar a gestação até ao fim”.

Joana sublinha a urgência da criação de medidas legislativas para que se retomem as candidaturas à maternidade de substituição, dado que mulheres como ela “não têm opção de escolha”. “O transplante de útero é muito pouco falado em Portugal, a gestação de substituição é legal, mas está inacessível, resta apenas a adoção. Não têm de ser os casais ‘inférteis’ a ficar com esta missão, mas sim terem opção de escolha”, defende.

A MRKH não vai desaparecer, as suas consequências físicas e psicológicas também não, mas enquanto existir uma hipótese de a doença não lhe roubar o direito à maternidade, não irá desistir. “Precisei de nove anos para me aceitar e ter força para continuar a viver uma vida feliz. Agora já vivo melhor”, resume, depositando na gestação de substituição a esperança de um dia poder dizer “Sou mãe!”.



Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser

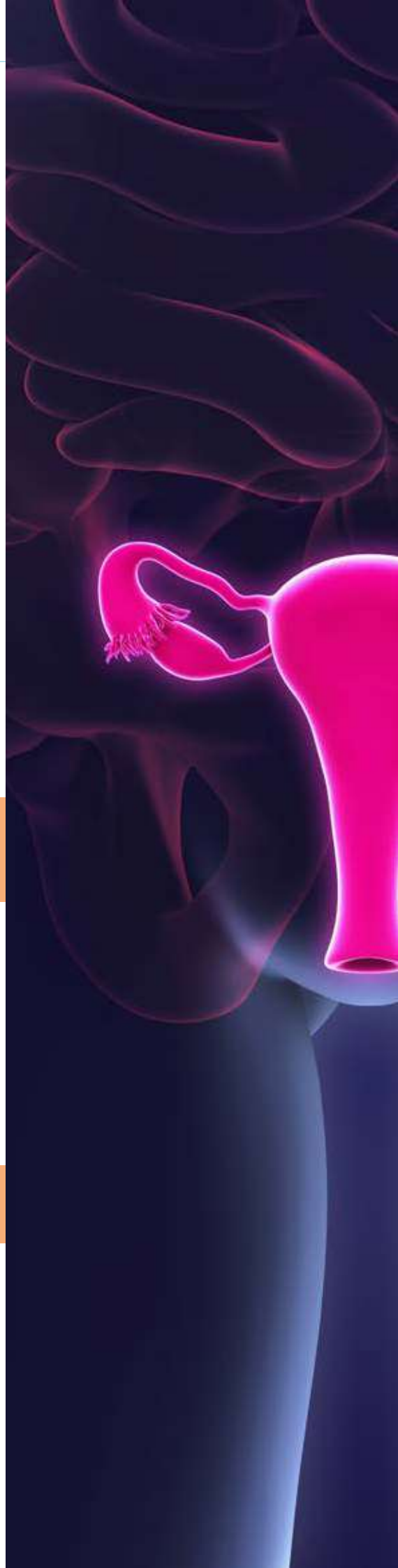
O nome é longo e de pronúncia complexa, mas faz parte da vida de muitas mulheres desde que nasceram. Mesmo sem o saberem até atingirem uma certa idade são portadoras desta síndrome, que se estima afetar aproximadamente 1 em cada 4500 bebês do sexo feminino. Em Portugal, parte das mulheres com MRKH já se conhecem entre si e várias já estiveram no gabinete médico de Fernanda Geraldes. Assistente hospitalar graduada de Ginecologia/Obstetrícia do Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra, co-responsável da Consulta de Ginecologia da Infância e da Adolescência sediada no Hospital Pediátrico de Coimbra e presidente da Secção de Menopausa da Sociedade Portuguesa de Ginecologia conhece bem a síndrome e em 11 respostas explica o que é ter MRKH.

O que é a síndrome Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser?

A síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser, também denominada por aplasia ou agenesia mülleriana, é uma malformação congénita caracterizada por uma aplasia do útero e dos 2/3 superiores da vagina, traduzindo-se na maioria dos casos pela ausência total do útero, havendo num reduzido número de casos um esboço de útero e por uma ausência total ou parcial de vagina. As mulheres com MRKH apresentam ovários normais com produção hormonal normal, bem como o estudo genético normal compatível com um cariótipo feminino normal. O ambiente hormonal não difere das outras raparigas da mesma idade.

Como surge esta síndrome?

Trata-se de uma malformação congénita rara que atinge cerca de 1:4500 recém-nascidos do sexo feminino. É causada por um defeito no desenvolvimento das estruturas müllerianas do embrião por volta das 9 semanas de gestação. Na maioria dos casos é de ocorrência esporádica, embora tenham sido descritos casos familiares. É associada com alguma frequência a malformações renais porque é nessa idade gestacional que o rim também se forma. O que causa essa alteração no desenvolvimento dessas estruturas embrionárias ainda é desconhecido.



Esta síndrome pode ser detetada na infância?

Pode, mas é raro essa situação ocorrer porque não há qualquer sintoma que possa fazer suspeitar dessa síndrome e a observação pormenorizada dos genitais externos femininos, nomeadamente presença ou ausência de vagina, é muitas vezes dificultada pela não colaboração da menina e verdadeiramente não iria modificar nada um diagnóstico tão precoce.

Quais os sintomas mais comuns que apontam para esta síndrome?

Habitualmente o diagnóstico é feito na adolescência por volta dos 15 ou 16 anos quando a menina não menstrua apesar dos caracteres sexuais secundários já estarem presentes (desenvolvimento das mamas e aparecimento dos pelos púbicos) – amenorreia primária. Num pequeno número de casos a impossibilidade de ter relações sexuais poderá ser o sintoma que leva a adolescente a pedir ajuda.

O que implica o diagnóstico de MRKH?

A comunicação do diagnóstico à jovem e à família é um momento muito difícil e delicado. Por um lado, porque a adolescente vai sentir-se diminuída/diferente em relação às suas amigas e isso vai causar-lhe uma tristeza imensa. Por outro a família não compreende de imediato o que se passa, chegando a culpabilizar-se pelo facto e sentindo-se algo perdida em relação ao futuro da filha. É importante uma explicação completa e muito clara do que se passa. É importante dizer-lhes que a filha não vai menstruar nunca, que em relação à sexualidade poderá ser necessário, antes de esta a iniciar, submeter-se a uma intervenção cirúrgica com um pós-operatório complexo, em que poderá ter que usar moldes vaginais diariamente. Mesmo não tendo necessidade de realização de intervenção cirúrgica (vaginoplastia), poderá ser necessária a utilização de moldes vaginais de forma regular num período próximo ao início da atividade sexual.

No entanto, ultrapassadas estas etapas poderá ter uma sexualidade semelhante às raparigas da mesma idade.

Estas mulheres podem ser mães?

O ponto mais difícil de abordar quando se fala em MRKH é a questão da fertilidade. A possibilidade de obter um filho biológico é real já que os ovários produzem ovócitos iguais aos de todas as outras mulheres férteis, no entanto, é necessário um útero para poder “incubar” esse embrião e é aqui que

está o problema. O projeto da maternidade de substituição ou correntemente denominada “barriga de aluguer” é uma possibilidade desde que haja legislação para tal e como sabemos em Portugal houve um avanço, mas logo a seguir uma paragem e mesmo um retrocesso quanto a esta matéria.

A outra possibilidade que tem ganho muito terreno nos últimos anos é o transplante de útero que já se faz em vários países, com um número já considerável de bebés nascidos após este procedimento. Ainda é considerada uma cirurgia experimental, mas tem havido investimento e progressão na técnica. A maioria dos transplantes são de dadoras vivas, mas também de dadoras mortas, mas em menor quantidade, mas já com êxito em um caso. Estão contabilizados 11 bebés nascidos após transplante uterino. O hospital a que pertence, o Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra deu os primeiros passos para tornar esse projeto uma realidade em Portugal, mas neste momento está parado.

O processo de adoção é algo que fica sempre em cima da mesa, sendo uma realidade com êxito na maioria das mulheres que frequenta a minha consulta, sobretudo nas que têm mais de 35 anos e relações estáveis.

Existem vários tipos de MRKH?

Existem dois tipos: a Síndrome de MRKH tipo 1 ou forma típica e o tipo 2 ou forma atípica. A forma típica, em que existe uma aplasia uterovaginal isolada é caracterizada pela presença de remanescentes müllerianos simétricos e trompas normais; apenas a parte caudal dos canais de Muller – útero e 2/3 superiores da vagina – é afetada.

A forma atípica para além da ausência total ou parcial do útero e vagina apresenta outras malformações associadas – as mais frequentes são as malformações renais (agenesia renal, hipoplasia ou ectopia renal, rim em ferradura – presentes em 40-60% dos casos), anomalias esqueléticas (escoliose, fusão vertebral e anomalia de Klippel-Feil em 20% das doentes) e, mais raramente, perturbações auditivas e malformações cardíacas. A associação de MURCS (Müllerian duct aplasia, Unilateral Renal aplasia, Cervicothoracic Somite dysplasia) é a forma mais grave deste espectro de alterações.

Existem portadoras de MRKH que podem ser afetadas de diferentes formas?

Mesmo na forma típica que é caracterizada por ausência total ou parcial do útero e vagina, as mulheres não são

afetadas da mesma forma já que, no que diz respeito à vagina, há mulheres que não têm aplasia total da vagina não necessitando de qualquer cirurgia. Num pequeno número de casos que têm apenas uma aplasia vaginal discreta podem iniciar a sua atividade sexual sem qualquer constrangimento, não necessitando de qualquer procedimento adicional. No que diz respeito à forma atípica estão associadas outras malformações, nomeadamente renais, as mais frequentes, em graus diversos. A associação de MURCS é a forma com alterações mais graves.

A síndrome implica sempre infertilidade?

Existem dois tipos: a Síndrome de MRKH tipo 1 ou forma típica e o tipo 2 ou forma atípica. A forma típica, em que existe uma aplasia uterovaginal isolada é caracterizada pela presença de remanescentes müllerianos simétricos e trompas normais; apenas a parte caudal dos canais de Muller – útero e 2/3 superiores da vagina – é afetada.

A forma atípica para além da ausência total ou parcial do útero e vagina apresenta outras malformações associadas – as mais frequentes são as malformações renais (agenesia renal, hipoplasia ou ectopia renal, rim em ferradura – presentes em 40-60% dos casos), anomalias esqueléticas (escoliose, fusão vertebral e anomalia de Klippel-Feil em 20% das doentes) e, mais raramente, perturbações auditivas e malformações cardíacas. A associação de MURCS (Müllerian duct aplasia, Unilateral Renal aplasia, Cervicothoracic Somite dysplasia) é a forma mais grave deste espectro de alterações.

Quais as repostas da medicina em relação às mulheres com MRKH?

A aposta tem que ser sobretudo a dois níveis. Um deles é possibilitar uma sexualidade satisfatória, já que há que ter em conta que num número elevado de casos poderá haver necessidade de uma intervenção cirúrgica (vaginoplastia) quando há ausência total da vagina, ou nos outros casos (ausência parcial) incentivar o uso de moldes/dilatadores vaginais que ao corrigir este problema anatómico possibilite uma sexualidade igual a todas as outras mulheres

Num segundo nível falamos em desejo de engravidar e aí apostar na transplantação uterina associada a técni-

cas de procriação medicamente assistida. A sociedade também pode e deve envolver-se no que diz respeito à legislação adequada sobre a gestação de substituição e facilitar o processo de adoção por parte destes casais.

O apoio psicológico e o estar sempre presente para esclarecer e ajudar por parte da equipa médica também é muito importante.

A síndrome interfere na vida sexual das mulheres portadoras de MRKH?

Claro que interfere, porque contrariamente às outras mulheres que não são portadoras desta síndrome, na maior parte dos casos não podem iniciar a vida sexual quando desejam, necessitando algumas vezes de uma intervenção cirúrgica prévia (vaginoplastia) associada ao uso de moldes vaginais e muitas vezes à necessidade de uso de dilatadores/moldes vaginais isoladamente durante um período variável antes do início da atividade sexual. Resolvida esta questão anatómica, e também todo o trauma psicológico inerente, podem ter uma sexualidade muito satisfatória. Tenho na minha casuística essa experiência.



... uma aplasia vaginal discreta podem iniciar a sua atividade sexual **sem qualquer constrangimento**



Para onde caminha a Europa?

Uma visão geral sobre a gestação de substituição no contexto europeu



Diana Coutinho

Assistente Convidada da Escola de Direito da Universidade do Minho
Investigadora júnior do Centro de Investigação em Justiça e Governança
Doutoranda em Ciências Jurídicas Privativas da EDUM
Bolseira de Doutoramento da FCT

O reconhecimento dos direitos reprodutivos como direitos humanos representa a luta de vários anos pela liberdade e autonomia reprodutiva. O direito à reprodução pode ser exercido por via natural ou com recurso às técnicas de procriação medicamente assistida (PMA). A doutrina e a jurisprudência têm manifestado uma posição que não contempla a gestação de substituição enquanto direito reprodutivo ou como um direito à reprodução constitucionalmente protegido.

Os países europeus têm posições (e regulamentação) distintas sobre a gestação de substituição. Por um lado, os Estados rejeitam-na e proibem-na porque consideram uma prática atentatória da dignidade humana (da gestante e da criança), uma condição de exploração e de vulnerabilidade da mulher (com risco de comercialização e tráfico humano), por questões ético-morais, entre outras. Por outro lado, os Estados admitem-na atendendo ao direito a constituir família, ao direito à liberdade de disposição sobre o próprio corpo e autonomia pessoal, o direito ao livre desenvolvimento da personalidade, entre outros. O cenário europeu é muito diversificado: da prática clandestina às clínicas legais, dos processos morosos aos custos elevadíssimos, dos contratos onerosos à obrigatoriedade de contratos gratuitos, de diferentes formas de estabelecimento da filiação, etc. A procura transfronteiriça deste método de reprodução (o chamado turismo reprodutivo) abriu o debate sobre a cidadania e estabelecimento da filiação da criança nascida através da gestação de substituição e dos direitos paren-

tais dos beneficiários e da gestante. O Parlamento Europeu, em 2015, condenou esta prática de reprodução por considerar que coloca em causa a dignidade da mulher, instrumentalizando o corpo e as funções reprodutivas, tratando-a como objeto de comércio e tornando-a vulnerável a abusos e aproveitamentos. Maud de Boer-Buquicchio, relatora da ONU, em março de 2018, lançou um apelo aos Estados para regular urgentemente a gestação de substituição.

O Tribunal Europeu dos Direitos do Homem (TEDH) pronunciou-se sobre

princípio da indisponibilidade do estado das pessoas. Porém, tal direito não inibe ou desonera os Estados de proteger os direitos da criança que nasceu através deste método num país em que a prática era legal. Em Abril de 2019, o TEDH, por unanimidade, num parecer consultivo (não vinculativo) veio reforçar a sua posição sobre o reconhecimento da filiação nas circunstâncias anteriormente descritas em prol do direito da criança à vida privada e familiar (nos termos do artigo 8.º da Convenção Europeia dos Direitos do Homem), assegurando a relação com os beneficiários mesmo que só o pai-benefi-

julho de 2016). Para o TC a gestação de substituição nos termos configurados da lei n.º 25/2016, ou seja, a gestação com cariz excecional e gratuito, limitada unicamente às situações previstas na lei não viola o princípio da dignidade humana (nem da gestante nem da criança), tampouco o dever do Estado de proteção da infância. Todavia, a excessiva indeterminação da lei (caso dos n.ºs 4, 10 e 11 do art. 8.º), a ausência do direito ao arrendimento da gestante (restringida à possibilidade de revogação do consentimento prestado pela gestante apenas até ao início dos processos terapêuticos de PMA) e a ausência de concretização



o reconhecimento da filiação de uma criança nascida com recurso à gestação de substituição num terceiro Estado (onde a prática é admitida), em favor dos beneficiários no país cuja prática é proibida. O TEDH (2014) em duas decisões (Menesson vs França e Labasee vs França) reconheceu expressamente que um Estado tem o direito de proibir a gestação de substituição no seu território. O TEDH afirmou que impor a um Estado o reconhecimento da filiação nestas circunstâncias implicaria a violação do

ciário tenha contribuído com material genético (a mãe-beneficiária não é mãe genética nem uterina). Este direito da criança não exige que o reconhecimento se opere por meio de registo do nascimento, apontando-se o caso do recurso ao instituto da adoção pela mãe beneficiária.

Em Portugal, o acórdão n.º 225/2018 do Tribunal Constitucional (TC) veio suspender o recurso à gestação de substituição (que havia sido admitida a título excecional e gratuita em

do regime de nulidade do contrato de gestação de substituição (n.º 12 do art. 8.º, pois a lei não faz distinção entre os efeitos de um contrato válido e de um contrato nulo) fundamentaram a declaração de inconstitucionalidade.

Espera-se com grande expectativa as alterações à regulamentação da gestação de substituição, em particular, qual a solução que o legislador encontrará para tutelar os interesses das partes envolvidas: a gestante, os beneficiários e, em especial, da criança.



Nuno Louro

Urologista, andrologista e responsável da consulta de Andrologia do Centro Hospitalar do Porto

Infertilidade no masculino

A infertilidade é uma condição caracterizada pela incapacidade de estabelecer uma gravidez após 12 meses de relações sexuais desprotegidas e regulares. A infertilidade é masculina quando causada primariamente por factores masculinos. Existe a infertilidade masculina primária, quando o homem nunca iniciou uma gravidez clínica (e cumpre os critérios de infertilidade), e a secundária quando não consegue iniciar uma gravidez clínica mas já o fez no passado.

Cerca de 15% dos casais sofrem de infertilidade, estando o factor masculino presente, isoladamente, em 20% dos casos e, como co-factor, em 30-40% das situações. Sendo assim, ambos os elementos do casal devem iniciar a avaliação médica simultaneamente. No entanto, com os avanços das técnicas de procriação medicamente assistida (PMA), a avaliação andrológica é frequentemente negligenciada, levando a procedimentos invasivos que, em algumas situações, poderiam ser evitados e impedindo o diagnóstico de condições médicas relevantes.

A optimização do factor masculino é, assim, um passo fundamental na abordagem do casal infértil. Importa também realçar a aparente tendência para uma diminuição global progressiva da fertilidade masculina, ain-

da controversa e não totalmente esclarecida, mas que poderá estar relacionada com as alterações de estilo de vida.

Causas de infertilidade masculina

A produção de espermatozoides pelo testículo depende de uma adequada estimulação hormonal, da responsabilidade de duas glândulas cerebrais, o hipotálamo e a hipófise. Por outro lado, o próprio testículo tem que estar funcional de forma a responder a essa estimulação com a produção de testosterona (uma das hormonas essenciais para a espermatogénese) e de espermatozoides em número adequado e função íntegra. Após a sua produção, os espermatozoides têm que ser conduzidos por um sistema de canais e expelidos na ejaculação.

Existem várias condições, genéticas ou adquiridas, que, por perturbarem qualquer um destes processos, podem levar a infertilidade masculina. Apesar de uma adequada avaliação do homem conseguir identificar a causa do problema, numa percentagem elevada de homens cerca de 30-40% dos casos de infertilidade consideram-se idiopáticos, ou seja, de causa desconhecida.

No que diz respeito às causas genéticas, o síndrome de Klinefelter é uma das situações mais frequentes. Trata-se de uma condição em que o homem tem um ou mais cromossomas X excedentários (em vez de ter apenas 2 cromossomas sexuais, um X e um Y, tem dois X e um Y). Podemos também ter algumas situações em que parte do cromossoma Y desaparece, podendo não existir o fragmento responsável pela produção de espermatozoides. Ainda dentro das causas genéticas, existem algumas situações em que o que está comprometido é a produção das hormonas cerebrais responsáveis por iniciar todo o processo, como acontece no síndrome de Kallman.

Em alguns homens encontramos anomalias congénitas (de nascença), muitas delas também de provável origem genética, apesar de nem sempre se conseguir identifi-

car o factor causal exacto. As mais frequentes destas são a criptorquidia (situação em que os testículos não estão na bolsa escrotal ao nascimento e que frequentemente necessitam de cirurgia para o seu posicionamento correcto) e a ausência de canais deferentes, os canais responsáveis pelo transporte dos espermatozoides do testículo até às vesículas seminais. Se no primeiro caso é frequente a produção de espermatozoides estar afectada, quer em número quer em qualidade, no segundo a produção será normal, sendo necessária a colheita de espermatozoides do testículo por técnicas cirúrgicas, que serão utilizados em técnicas de PMA.

Outras causas de obstrução ao transporte de espermatozoides podem ser alterações anatómicas da próstata ou vesículas seminais, como quistos, infecções (do testículo, epidídimo ou próstata) e cirurgias (como a correcção de hérnias inguinais ou a vasectomia). Tal como acontece nos casos de obstrução, as disfunções sexuais também interferem com a deposição de esperma na vagina. Assim qualquer patologia que provoque disfunção eréctil ou disfunção da ejaculação (como as doenças neurológicas, a diabetes, os traumatismos vertebro-medulares) é também causa potencial de infertilidade masculina. O varicocele (dilatação das veias espermáticas, que drenam o testículo) é uma das causas mais frequentes (e também mais controversas) de infertilidade, podendo afectar quer o número quer a função dos espermatozoides.

Algumas patologias, apesar de pouco frequentes, devem também ser pesquisadas, pela sua potencial gravidade. É o caso dos tumores, por exemplo do testículo ou cerebrais que podem, por si só, interferir na produção de espermatozoides, mas que constituem também uma causa indirecta no sentido em que os tratamentos efectuados podem ter um grande potencial de prejudicar a espermatogénese, como acontece com a quimioterapia e a radioterapia. Aliás, são vários os fármacos que podem ter implicações na fertilidade pelo que é um factor a que devemos estar particularmente atentos.

Dentro das situações potencialmente reversíveis e evitáveis estão as relacionadas com o estilo de vida. Incluem-se neste grupo o tabagismo, o consumo excessivo de álcool, o consumo de drogas recreativas, a obesidade e as exposições ambientais (radioactividade, metais pesados, químicos industriais...). É também relevante salientar o uso de esteroides anabolizantes, por exemplo no contexto de treino físico para aumento rápido da massa muscular, com consequências importantes, e nem sempre reversíveis, na fertilidade masculina.

Avaliação do homem infértil

Os objectivos da avaliação masculina num casal infértil são a identificação de condições potencialmente re-

versíveis, de forma a permitir a melhoria da fertilidade e uma potencial concepção espontânea, a identificação de condições irreversíveis mas em que é possível utilizar o esperma do próprio em técnicas de PMA, a identificação de condições irreversíveis nas quais não é possível a utilização dos gametas do próprio, a identificação de condições clínicas subjacentes potencialmente graves (como as neoplasias do testículo ou da hipófise) e a identificação de condições genéticas que possam afectar a saúde da descendência, no caso de utilização de técnicas de PMA.

Por norma a avaliação do factor masculino é iniciado após um ano de relações sexuais desprotegidas e regulares, no entanto poderá ser iniciada mais cedo se existirem factores de risco conhecidos.

Esta avaliação começa por uma história clínica cuidada, com ênfase nos antecedentes médicos e cirúrgicos, história reprodutiva e sexual, assim como na potencial exposição a gonadotóxicos. O passo seguinte é o exame físico, particularmente focado nos genitais externos, de forma a pesquisar alguns dos factores previamente enumerados.

O espermograma é o exame inicial na avaliação do homem infértil e, quando anormal, deve ser repetido no espaço de 2-3 meses. Os valores que estejam fora dos limites de referência sugerem um factor masculino e indicam a necessidade de estudo complementar. De notar que os valores de referência não correspondem aos valores mínimos para uma concepção espontânea, pelo que um indivíduo com valores abaixo da referência pode ser fértil e um indivíduo com valores dentro da referência pode ser infértil.

Não sendo o único factor responsável pela fertilidade do casal, deve ser interpretado de forma cautelosa e em conjunto com os restantes dados clínicos. Assim, poderá ser necessário complementar o estudo com análises de sangue para avaliar a função hormonal e pesquisar factores genéticos, ou exames de imagem (ecografia escrotal, por exemplo).

Outros exames poderão ser necessários em condições específicas, como é o caso da biópsia testicular, na qual são retirados fragmentos do testículo para pesquisar se existem espermatozoides (quando o espermograma revela azoospermia, ou seja, ausência de espermatozoides no ejaculado).

Este é um exame que apenas deve ser realizado numa unidade de PMA uma vez que, se forem identificados espermatozoides, estes devem ser criopreservados de forma a serem posteriormente utilizados em técnicas de reprodução assistida.



Tratamento

Em muitos casos, mesmo que a causa seja identificada, não é possível qualquer tratamento específico, pelo que o casal poderá ter necessidade de recorrer a técnicas de PMA (utilizando os próprios gâmetas ou de dador). No entanto existem várias situações com possibilidade de intervenção terapêutica.

Do ponto de vista médico temos as situações, por exemplo, de alterações hormonais, algumas delas com excelente resposta ao tratamento, ou o caso das disfunções sexuais. Do ponto de vista cirúrgico pode também intervir-se nas situações de varicocele (com resultados variáveis) e em algumas situações de obstrução (como por exemplo após a realização de vasectomia ou quando existe obstrução da saída dos ductos ejaculadores, a nível da próstata).

Por vezes é necessário recolher cirurgicamente os espermatozoides, nos casos de obstrução ou muito baixa produção, sendo estes utilizados em técnicas de PMA.

Prevenção

Existem duas vertentes diferentes da prevenção da infertilidade masculina. Uma delas está relacionada com a preservação da fertilidade nos casos em que o indivíduo vá ser exposto a tratamentos com potencial de perturbar qualquer um dos eixos necessários para a concepção espontânea, por exemplo quimioterapia ou radioterapia. Nestes casos deve ser sempre oferecida a possibilidade de criopreservar esperma (ou espermatozoides colhidos cirurgicamente) para uso futuro, se necessário. Por outro lado, temos as medidas preventivas relacionadas com o estilo de vida, que devem ser incutidas nos homens desde cedo. Fazem parte destas medidas os cuidados alimentares, evitando a obesidade, a prática de exercício físico, ausência de consumo de tabaco ou drogas ilícitas, evitar o sobreaquecimento escrotal, cuidados com exposição a radiações (o telemóvel, por exemplo, apesar de algo controverso) e a agentes químicos como os pesticidas ou metais pesados.

O autor escreve sem Acordo Ortográfico

(Leia mais sobre infertilidade masculina na página 40, testemunho de Nuno e Ana)



Joana Pinto Coelho

Advogada especializada em no Direito de Trabalho na GMSCC

PMA, parentalidade e trabalho, que direitos?

Neste artigo pretendo ajudar a esclarecer aqueles que recorrem à procriação medicamente assistida (PMA) sobre os direitos que lhes assistem, enquanto trabalhadoras e trabalhadores.

Enquanto trabalhadora ou trabalhador que recorra a procriação medicamente assistida, tem sempre direito a não comparecer no seu local de trabalho tanto para estar presente nas consultas médicas, como para realizar todos os exames, intervenções e ser sujeita ou sujeito às prescrições médicas que se apresentem necessários. Note que estas ausências ao trabalho além de configurarem faltas justificadas, são remuneradas pelo empregador (isto porque a Segurança Social não subsidia estas faltas).

Não se esqueça de comunicar ao seu empregador, com pelo menos cinco dias de antecedência (ou assim que possa, caso a sua ausência seja motivada por situação que tenha ocorrido de forma imprevisível), que não irá comparecer, explicando a razão. E se o seu empregador lhe solicitar documento comprovativo do motivo, apresente-o. Se não cumprir este procedimento, o seu empregador pode considerar a sua ausência uma falta injustificada.

Será também aconselhável que tente sempre eu possível marcar as suas consultas, exames, tratamentos, em horário não coincidente com o seu horário de trabalho. No que respeita ao regime de faltas, tanto a Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas como o Código do Trabalho, apresentam a mesma previsão legal, com a mesma



redacção: “São consideradas faltas justificadas as motivadas por impossibilidade de prestar trabalho devido a facto que não seja imputável ao trabalhador, nomeadamente observância de prescrição médica no seguimento de recurso a técnica de procriação medicamente assistida, doença, acidente ou cumprimento de obrigação legal” (artigo 134.º, número 2, alínea d), e artigo 248.º, número 2, alínea d), respectivamente.

De acordo com o Código do Trabalho, a declaração médica a indicar a obrigatoriedade de repouso, por determinado período de tempo, será suficiente para que as ausências ao trabalho sejam qualificadas como faltas justificadas remuneradas. Se se fizer acompanhar de Certificado de Incapacidade para o Trabalho, emitido pela/o médica/o de família, então esse período será subsidiado pela Segurança Social. O subsídio de doença assegurado pela Segurança Social só é pago se a incapacidade tiver duração superior a três dias.

Outra questão prende-se com a possibilidade de a ou o trabalhador solicitar a exclusão de integrar turnos de horário nocturno ou rotativos quando se encontra em preparação ou em fase de tratamento de PMA. A lei não prevê de forma autónoma esta garantia. Assim, a única possibilidade que se vislumbra como fundamento legal para a dispensa de prestação de trabalho nocturno ou em regime de turnos será a previsão que determina que na elaboração do horário de trabalho o empregador deve ter em consideração prioritariamente as exigências de protecção da saúde do trabalhador.



Gravidez e após o nascimento

Enquanto grávida, a lei confere à mulher alguns direitos, protegendo-a e apoiando-a, nos seguintes termos:

a) Licença em situação de risco clínico durante a gravidez: caso o exercício da sua profissão seja perigoso para si ou para o nascituro, desde que medicamente assegurado, tem direito a não trabalhar por todo o período em que esse risco perdurar. Este período de tempo será subsidiado pela Segurança Social (desde que cumpra os requisitos quanto ao período de garantia – mínimo de seis meses de contribuições para a Segurança Social).

b) Dispensa para consulta pré-natal: a mulher grávida tem direito a comparecer em tantas consultas quantas as necessárias. De preferência, deverá marcar as consultas fora do seu horário de trabalho. Se tal não for possível, deverá solicitar declaração nesse sentido junto do seu médico. O pai tem direito a três dispensas para acompanhar a mãe às consultas pré-natais. Estas ausências são consideradas, para todos os efeitos, trabalho efectivo. O que significa que não só integram a sua antiguidade como são remuneradas.

c) Dispensa de prestar trabalho em regime de adaptabilidade, banco de horas ou horário concentrado.

d) Dispensa de prestar trabalho suplementar.

e) Caso seja necessário para a saúde da grávida ou do nascituro, a mesma está dispensada de prestar trabalho nocturno.

Aos pais, a lei confere os seguintes direitos:

a) Licença parental inicial:

i. Esta licença, cuja duração é de 120 a 150 dias consecutivos, pode ser gozada por ambos os pais, partilhando-a [com excepção do período da licença parental exclusiva da mãe, que não pode ser partilhada].

ii. Pode ainda acrescer 30 dias à duração total da licença parental inicial no caso de cada um dos progenitores gozar, em exclusivo, um período de 30 dias consecutivos, ou dois períodos de 15 dias consecutivos, após o período de gozo obrigatório pela mãe.

iii. Os pais podem gozar simultaneamente esta licença, entre os 120 e os 150 dias.

iv. No caso de nascimentos múltiplos, o período de licença parental inicial é acrescido de 30 dias por cada gémeo além do primeiro.

v. Caso se verifique internamento hospitalar da criança ou do progenitor que estiver a gozar a licença prevista parental inicial, o período de licença suspende-se, a pedido do progenitor, pelo tempo de duração do internamento.

b) Licença parental inicial exclusiva da mãe:

i. A mãe pode gozar até 30 dias da licença parental inicial antes do parto.

ii. É obrigatório o gozo, por parte da mãe, de seis semanas de licença a seguir ao parto.

c) Licença parental exclusiva do pai:

i. É obrigatório o gozo pelo pai de uma licença de 15 dias úteis, seguidos ou interpolados, nos 30 dias seguintes ao nascimento do filho, cinco dos quais gozados de modo consecutivo imediatamente a seguir ao nascimento.

ii. Após o gozo da licença acabada de mencionar, o pai tem ainda direito a 10 dias úteis de licença, seguidos ou interpolados, desde que gozados em simultâneo com o gozo da licença parental inicial por parte da mãe.

iii. No caso de nascimentos múltiplos, à licença prevista nos números anteriores acrescem dois dias por cada gêmeo além do primeiro.

Note que a licença parental é subsidiada pela Segurança Social, em qualquer das modalidades indicadas (inicial, inicial exclusiva da mãe, parental exclusiva do pai).

d) Dispensa para amamentação ou aleitação:

i. Durante todo o tempo que amamentar, a mãe tem direito ao gozo da dispensa para a amamentação (desde que apresente um comprovativo médico que ateste que está a amamentar, após o primeiro ano de vida do bebé).

ii. Até o bebé perfazer 1 ano, mesmo que a mãe não esteja a amamentar, ambos os progenitores, se trabalhadores, têm direito (ainda que não simultaneamente) ao gozo de dispensa para aleitação.

iii. A dispensa para amamentação ou aleitação é gozada em dois períodos distintos do dia, com a duração máxima de uma hora cada. Mas o empregador e os progenitores podem acordar que o gozo da dispensa ocorra de outra forma.

O período de dispensa para amamentação ou aleitação é considerado tempo efectivo de trabalho e é remunerado pelo empregador.

e) Licença parental complementar:

A licença parental complementar apresenta as seguintes modalidades:

i. Trabalho a tempo parcial: esta licença pode durar até um máximo de 12 meses e pode ser gozada consecutivamente ou repartida por três períodos distintos. Nesta situação, o pai ou mãe poderão trabalhar apenas metade do período normal de trabalho a tempo completo (por exemplo, 20 horas por semana).

ii. Licença parental alargada: é uma licença que permite não trabalhar, sem que o vínculo laboral cesse. Esta licença pode durar até 3 meses e pode ser gozada consecutivamente ou repartida por três períodos distintos.

iii. Períodos intercalados de licença parental alargada e de trabalho a tempo parcial em que a duração total da ausência e da redução do tempo de trabalho seja igual aos períodos normais de trabalho de três meses.

Note-se que a licença parental complementar não é subsidiada pela Segurança Social e não é paga pelo empregador.

f) Licença para assistência a filho: depois de ter esgotado os 12 meses do trabalho a tempo parcial e os 3 meses da licença parental alargada, os pais podem gozar esta Licença para assistência a filho. Eis as características da mesma: é uma licença que permite aos pais não trabalhar, sem que o vínculo laboral cesse; tem uma duração máxima de dois anos (ou de três anos, no caso de terceiro filho ou mais), e pode ser gozada consecutiva ou interpoladamente; e só pode ser gozada se o outro progenitor exercer actividade profissional ou não se encontre a gozar esta licença, também (a licença pode ser gozada por ambos os pais, mas não ao mesmo tempo). Também a licença para assistência a filho não é subsidiada pela Segurança Social ou paga pelo empregador.

g) Trabalho a tempo parcial de trabalhador com responsabilidades familiares: qualquer dos progenitores com filho menor de 12 anos ou, independentemente da idade, filho com deficiência ou doença crónica que com ele viva em comunhão de mesa e habitação tem direito a trabalhar a tempo parcial; o exercício deste direito por ambos os progenitores tem que ser feito de forma sucessiva, e não simultânea. A prestação de trabalho a tempo parcial pode ser prorrogada até dois anos ou, no caso de terceiro filho ou mais, três anos, ou ainda, no caso de filho com deficiência ou doença crónica, quatro anos. O empregador pode opor-se ao exercício deste direito, caso invoque exigências imperiosas do funcionamento da empresa, ou a impossibilidade de substituir o trabalhador se este for indispensável.

h) Horário flexível de trabalhador com responsabilidades familiares: o trabalhador com filho menor de 12 anos ou, independentemente da idade, filho com deficiência ou doença crónica que com ele viva em comunhão de mesa e habitação tem direito a trabalhar em regime de horário de trabalho flexível, podendo o direito ser exercido por qualquer dos progenitores ou por ambos.

Este horário flexível permite que o trabalhador escolha, dentro de certos limites, as horas de início e termo do período normal de trabalho diário. Igualmente neste caso, o empregador pode opor-se ao exercício deste direito caso invoque exigências imperiosas do funcionamento da empresa, ou a impossibilidade de

substituir o trabalhador se este for indispensável.

i) Licença para assistência a filho com deficiência ou doença crónica: trata-se de uma licença que permite aos pais não trabalharem, para poderem prestar assistência ao filho que tenha uma deficiência ou doença crónica. Esta licença tem uma duração de seis meses, e pode ser prorrogada até aos quatro anos.

j) Redução do tempo de trabalho para assistência a filho menor com deficiência ou doença crónica: trata-se de um direito que permite aos pais que tenham um filho com deficiência ou doença crónica, com idade não superior a um ano, ver reduzido em cinco horas o período normal de trabalho.

k) Dispensa de algumas formas de organização do trabalho: a trabalhadora lactante tem direito a ser dispensada de prestar trabalho no regime de adaptabilidade, de banco de horas ou de horário concentrado. A dispensa também se aplica aos progenitores que aleitem, quando a prestação de trabalho nos regimes nele referidos afecte a regularidade da aleitação.

l) Dispensa de prestação de trabalho suplementar: os pais de crianças com menos de 12 meses estão dispensados de prestar trabalho suplementar; assim como as mães que amamentem, durante todo o período de tempo que durar a amamentação, se tal se apresentar necessário para a sua saúde ou para a da criança.

m) Dispensa de prestação de trabalho no período nocturno: as mães que amamentem, durante todo o período de tempo que durar a amamentação, se tal se apresentar necessário para a sua saúde ou para a da criança, estão dispensadas de prestar trabalho no período nocturno.

Refere-se ainda que o despedimento de trabalhadora grávida, puérpera ou lactante ou de trabalhador no gozo de licença parental se encontra especialmente regulado, e carece de parecer prévio da CITE (falamos de extinção de posto de trabalho, despedimento colectivo, despedimento por inadaptação, despedimento com justa causa). E, no caso de caducidade de contrato a termo, o empregador está também obrigado a comunicar à CITE a razão para a não renovação do contrato.

A autora não escreve com Acordo Ortográfico



ENTREVISTA



Há médicos que ainda não estão sensibilizados para a infertilidade

João Silva Carvalho. Nome incontornável quando se fala em fertilidade, ginecologia e obstetrícia e Medicina de Reprodução, foi responsável pelo primeiro estudo de caracterização da infertilidade em Portugal e de vários outros trabalhos de investigação. Presidiu ao Colégio da Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia da Ordem dos Médicos e à Sociedade Portuguesa de Ginecologia, integrando a docência da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e a direção do CETI – Centro de Estudo e Tratamento da Infertilidade. À +Fertilidade falou do apoio pedido e disponibilizado às pessoas inférteis.

+Fertilidade: Quando uma mulher ou casal o consultam, quais são as suas principais dúvidas e preocupações?

João Silva Carvalho: Quando me pela 1ª vez, as principais preocupações é saberem se algum dia conseguirão realizar o projeto reprodutivo ou se existem dificuldades insuperáveis. Outros, que têm já algum grau de informação ou até já realizaram algum exame, têm dúvidas sobre o tipo de tratamento que irão realizar e se esse tratamento pode causar algum prejuízo na saúde da mulher ou algum defeito no recém-nascido.

Considera que na maioria dos casos existe já algum conhecimento sobre problemas de fertilidade?

JSC: Sim, hoje em dia na maioria dos casos já existe algum grau de informação normalmente adquirido na internet e por vezes de forma distorcida.

Quais são os principais problemas que surgem quando é analisada a possível origem da infertilidade?

JSC: Os principais problemas surgem em função da idade da mulher e quando não se consegue determinar uma causa específica. O atraso da primeira concepção para idades tardias na vida da mulher diminui a quantidade

e qualidade dos ovócitos disponíveis nos ovários e esse problema é muito difícil de ultrapassar ou mesmo inultrapassável.

Outras situações também complexas e difíceis de explicar são as de infertilidade inexplicada e que são cerca de 15%. Quer dizer, quando não somos capazes de encontrar uma causa específica e de explicar ao casal que, para além de sermos uns ignorantes, por vezes essa causa clínica está em fatores genéticos escondidos que nunca seremos capazes de identificar e de, porventura, ultrapassar.

A prevenção e preservação da fertilidade ainda necessita de ser trabalhada junto da população adulta ou mais jovem?

JSC: Sim. É importante informar a população jovem de que é essencial fazer contraceção mas que essa não deve ser realizada até idades tardias. E que na sua hierarquia de prioridades entre a carreira profissional, a aquisição da casa, do automóvel e do bem-estar económico e social é importante não esquecer o projeto reprodutivo e não o adiar demasiado. É também muito importante ensinar como prevenir as doenças sexualmente transmissíveis que podem por em causa a fertilidade futura.

Há casais que alegam não terem sido devidamente aconselhados quando pediram ao médico de família e em alguns casos ginecologistas. Existem profissionais que podem ainda não estar sensibilizados para a infertilidade ou sobre o encaminhamento a fazer?

JSC: Sim, de facto há casais que não são devidamente orientados, nem em consultas de medicina geral e familiar nem em consultas de ginecologia. Infelizmente, há muitos médicos que ainda não estão sensibilizados para as situações de infertilidade, nomeadamente em relação ao agravamento em função da idade da mulher e mesmo no que respeita aos estudos básicos que devem ser solicitados. Nesses casos de falta de capacidade de lidar com as situações de infertilidade, ou quando elas ultrapassam a sua capacidade de atuação devem encaminhar os casais para um ginecologista com a subespecialidade de medicina da reprodução. É fácil, é só consultar no site da Ordem dos Médicos a subespecialidade de medicina da reprodução e referenciar para um colega com competências nessa área.

A Lei da PMA está em vigor há 13 anos e terá que ser alterada com a decisão do Tribunal Constitucional de abril de 2018. Considera que, mesmo com as alterações legislativas que se aguardam, a lei abrange as necessidades da PMA?

JSC: A lei de 2016 foi um grande avanço na regulamentação da procriação medicamente assistida. Embora discorde de alguns aspetos, que aqui não são chamados nem interessam à generalidade das pessoas, no global essa lei foi um avanço muito positivo. A atual situação de impedimento, por parte do Tribunal Constitucional [fim da confidencialidade dos dados e reforço dos direitos da gestante na maternidade de substituição], veio causar perturbação no funcionamento das clínicas embora no contexto europeu existam diversos tipos de legislação. Um favorável à posição do Tribunal Consti-

tucional, outras desfavoráveis. Penso que no geral a lei abrange as necessidades da procriação medicamente assistida do país embora em aspetos específicos e de regulamentação ou de acção governativa existam muitas insuficiências.

Existem ainda fragilidades no apoio à fertilidade? Qual deveria ser a aposta nesta área?

JSC: Sim, existem ainda grandes fragilidades. A aposta nesta área deveria ser o aumento de capacidade no Serviço Nacional de Saúde e apoios concretos aos casais inférteis. Por exemplo, o aumento da capacidade e ausência de limite de idade e de número de tratamentos na prestação de serviços no SNS, diminuição das taxas de IRS, comparticipação em tratamentos realizados fora do âmbito do SNS.

Está atualmente a trabalhar em algum projeto de investigação? Pode desvendar-nos um pouco do que se trata?

JSC: Existe uma cooperação a diversos níveis entre o CETI, a Faculdade de Medicina do Porto e o grupo “ageing and stress” do I3S [Instituto de Investigação e Inovação em Saúde]. São diversos os projetos que estão a ser desenvolvidos. O nosso foco continua a ser a pesquisa de moléculas preditivas de sucesso nos tratamentos de PMA ou associadas a doenças como a endometriose. Esta exploração do ambiente intra-folicular ovárico tem um objetivo principal, que é transversal a todos os projetos, de tentar facilitar e tornar mais objetivo o diagnóstico e prognóstico das doentes que procuram a nossa ajuda.

Para além destes trabalhos de investigação existem parcerias entre o CETI e diferentes instituições universitárias e, todos os anos, os colaboradores do CETI participam na orientação de trabalhos de mestrado/doutoramento, todos eles contribuindo para o desenvolvimento desta área.



É importante informar a população jovem de que é essencial fazer contraceção mas que essa **não deve ser realizada até idades tardias**



APOIO PSICOLÓGICO



Ana Oliveira Pereira

Psicóloga clínica e da saúde

Vogal da Secção de Psicologia da SPMR

Psicóloga clínica na AVA Clinic - Centro de Fertilidade de Lisboa

Fim do anonimato na doação de gâmetas e embriões – e agora o que mudou?

Mais de 1 ano passado desde o acordo do Tribunal Constitucional que decretou o fim do anonimato dos dadores de óvulos, esperma e embriões, continuamos a aguardar a publicação da nova Lei, na esperança que finalmente se ponha fim a tantas dúvidas, interrogações e muitas especulações.

Inúmeras vezes se insurgiram contra esta decisão do Tribunal Constitucional, contudo, já este ano o Parlamento Europeu fez uma recomendação no sentido de ser abolido o anonimato na doação de gâmetas em todos os

estados-membros (Recomendação 2156 – 2019), pelo que se antecipa que mais países venham a alterar a sua legislação nesse sentido. Se legislar desta forma pode, à primeira vista, parecer uma excessiva insurgência na vida privada, não deixa de ser verdade que nesta área da medicina é importante haver regras bem claras e limites precisos.

Não me cabe apresentar argumentos a favor ou contra a quebra do anonimato. Sendo praticamente “irreversível” esta alteração legal, penso ser mais desejável que consigamos, de forma mais objectiva e sobretudo mais serena, analisar as implicações desta alteração para todos os envolvidos – casais e adultos nascidos de doação.

Em Maio deste ano a Comissão de Saúde da Assembleia da República apresentou a proposta final da nova Lei. Caso venha a ser promulgada, mantém alguns dos pressupostos já existentes na lei 32/2006, nomeadamente: o direito dos pais das crianças nascidas de doação terem acesso à identidade do dador, por motivos ponderosos reconhecidos por sentença judicial, ou seja, será sempre um tribunal e um juiz a decidir se os motivos apresentados pelo casal ou mulher, são suficientemente graves e importantes para permitir que lhes seja revelado o nome do dador, através do CNPMA (Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida) a entidade a quem cabe prestar as informações sobre os dadores, nos termos previstos na lei.

Esta salvaguarda é importante pois em situações excepcionais, por exemplo por questões de saúde ou por necessidade de identificação de uma criança através do seu DNA, os pais poderão ter acesso ao nome do dador, o que nunca aconteceria caso o anonimato fosse absoluto. Outra vantagem é que havendo essa possibilidade legal, qualquer dador em Portugal assume uma maior e desejável responsabilidade pela sua doação, nomeadamente quando presta declarações sobre a sua saúde e dos familiares.

As alterações legais mais importantes vão no sentido salvaguardar novos direitos para os adultos nascidos de doação, mas também de clarificar alguns já previstos

na anterior lei. Faço questão de utilizar o termo “adultos nascidos de doação” porque se trata efetivamente de direitos de um adulto. Ao longo deste último ano tem-se falado demasiadas vezes de direitos de crianças, o que induz em erro e assusta os casais e a sociedade.

Mas o que diz a nova Lei? Para já, mantém um direito já consagrado que é o desses adultos poderem obterem informação de natureza genética que lhes diga respeito. Embora a lei não especifique de que informação genética se trata, supomos que diga respeito às características físicas do dador, salvaguardando os casos em que os pais não tenham sido informados sobre as características do dador atribuído.

Outro direito que já constava na anterior lei, é o de os nascidos de doação poderem saber se existe algum “impedimento legal a casarem com determinada pessoa. Se até agora não estava definido a que idade, no texto final da lei agora proposta, fica determinado que a partir dos 16 anos, (idade a partir da qual se pode casar em Portugal), o nascido de doação, terá o direito de se dirigir ao CNPMA para questionar se tem ou não algum parentesco genético com a pessoa com quem quer casar, ou seja, se essa pessoa não resultará de outra doação do dador, sendo por isso seu meio irmão/irmã.

Não está previsto que possam vir a saber se a pessoa com quem querem constituir família é ou não filha legal do dador, contudo, essa probabilidade é muito baixa em Portugal, pelo facto de existir um Registo Nacional de Dadores que permite controlar, quer o número de doações feito por uma dadora (4 doações em toda a sua vida) como o número de crianças nascidas por dador de esperma (um dador apenas pode ter crianças nascidas em 8 famílias).

Até aqui nada parece causar inquietação. Desde 2006, data da entrada em vigor da primeira lei da PMA, desconheço que em Portugal alguém tenha requerido em tribunal o direito a saber a identidade do dador e os nascidos de doação estão longe de atingir a maioridade.

A grande mudança imposta pelo Acórdão do TC tem a ver com o direito dos nascidos de doação a obterem informação sobre a identidade do dador. No texto da lei agora proposta, os adultos nascidos de doação, desde que possuam idade igual ou superior a 18 anos, têm o direito a obter, junto do CNPMA, informação sobre a identificação civil do dador, entendendo-se como identificação civil, o nome completo do dador.

Esta decisão tem como fundamento permitir que o adulto, se assim o desejar, possa procurar informação disponível sobre o dador e eventualmente tentar chegar ao contacto com ele. Este mesmo direito já têm os adultos

adoptados, com a alteração da lei da adopção em 2015.

Está legalmente salvaguardado que os dadores não podem se considerados como progenitores, não lhe cabendo quaisquer direitos mas também quaisquer deveres, em relação ao nascido. Nisto se inclui não terem qualquer obrigação de no futuro, manterem contacto com o nascido. Caberá ao dador decidir se e que tipo de contacto aceita ou informação que deseja partilhar com os adultos nascidos da sua ou suas doações.

Apesar do Tribunal Europeu recomendar o contrário, em nenhum dos países da Europa onde já vigora o não anonimato, está determinado que o Estado informe os cidadãos dessa condição. De igual modo, nada na nova lei o impõe, pelo que não existirá qualquer ingerência na vida privada do casal.

Contar, quando e como?

Cabendo-lhe a decisão de contar ou não aos seus filhos, os casais têm receios, alguns legítimos outros infundados. É verdade que antes era mais fácil pensar em contar sobre a existência de um dador anónimo, do que agora, em que passará a ter um nome e um “rostro”.

Com o fim do anonimato surge o receio que o filho adulto possa vir a procurar e estabelecer alguma relação com o dador, e que isso possa afectar a relação com os progenitores. Do outro lado da balança, pesam as crenças pessoais e valores familiares sobre a importância da verdade e honestidade na relação com os filhos.

Ao longo destes quase 20 anos de trabalho percebi uma mudança na atitude dos casais, ao ponderarem cada vez mais contar aos filhos a verdade sobre a sua concepção, mas com dúvidas sobre como e quando contar, de forma manter a privacidade da família e a proteção do parceiro infértil.

Para esta mudança contribuiu também a consciência do risco acrescido dos filhos virem a descobrir, de forma involuntária, a verdade sobre a sua concepção. A decisão de contar ou não deve ter em conta esta realidade e os possíveis efeitos que uma descoberta ou revelação tardias, possam vir ter na relação pais/filhos e na dinâmica familiar.

Alguns casais pensam contar porque não querem viver com a responsabilidade de induzir em erro os seus filhos adultos e de lhes negar a possibilidade de cuidarem da sua saúde de forma mais consciente.

“O segredo que foi mantido para comigo durante 54 anos teve efeitos práticos que de algum modo podiam ter sido perigosos. Eu dei a todos os médicos, informa-

ções incorretas sobre a minha história médica ao longo de toda a minha vida. É muito diferente de alguém adotado, que tem consciência da ausência de conhecimento sobre a sua história médica". Dani Shapiro, 2019 (Inheritance, a memoir of genealogy, paternity and love).

Com a evolução da medicina, que tenderá cada vez mais a ter em conta o genoma de cada um, é altamente improvável que um adulto nascido com recurso a doação não venha a descobrir durante toda a sua vida que não é geneticamente aparentado com um dos seus progenitores.

Ao longo da história da doação imperou a cultura do segredo, daí a prática de escolher um dador com semelhanças com o progenitor com infertilidade. Só em situações excepcionais - divórcios, conflitos familiares, indiscrições ou em casos de doença -, esse segredo foi descoberto ou revelado. Como tão bem diz Dani Shapiro, "os segredos à volta da identidade sempre existiram desde o início da humanidade. Pessoas nasceram e morreram sem saber a verdade sobre a sua origem. Mas agora, por causa da forte ligação entre testes de DNA e a Internet, esses segredos estão a vir ao de cima".

De facto, também a ciência evoluiu de forma vertiginosa. Já em 2016 Joyce Harper alertava ser cada vez mais vulgar a utilização individual de testes genéticos como por exemplo o 23andme e a consequente criação de bases de dados genéticas, que permitem a um indivíduo, por poucas dezenas de euros, não só descobrir a sua ascendência genética, como por acidente vir a descobrir "parentes" que desconhece, onde não se pode excluir o próprio dador. (The end of donor anonymity. How genetic testings is likely to drive anonymous gamete donation out of business. Human Reproduction, vol 31. Issue 6, June 2016, pages 1135-1140).

Harper defende não mais podermos afirmar que ainda existem doações anónimas, mesmo em países onde a Lei ainda o permite. Também aconselha que os técnicos de PMA informem de forma clara os pais que se um teste de DNA for feito à criança, os resultados irão revelar que um ou ambos os elementos do casal não são os progenitores biológicos.

Infelizmente nalguns casos não é isto que acontece. Quer por pesquisas individuais como por informação recebida através de alguns técnicos de PMA, os casais ouvem falar em Epigenética. É verdade que ela vem mostrar a importância e influência decisiva da gestação, do meio ambiente e da educação, mas não altera a realidade que a criança mantém o seu código genético, herdado em 50% do dador.

Por mais dolorosa que esta realidade possa ser é necessário ajudar o casal a tomar consciência deste facto e a

tomar decisões conscientes e informadas em relação ao futuro da família e da criança.

O mais importante é que os pais mantenham presente aquilo que o povo há muito diz "pai e mãe é quem cria". Os seres humanos, como os outros primatas, nascem equipados com um mecanismo psicológico muito poderoso de ligação a quem deles cuida, de quem recebem afecto, segurança e contacto físico.

É o mecanismo de Vinculação que vai levar a que as crianças recém-nascidas se liguem de forma privilegiada e duradoura aos progenitores. Este mecanismo é totalmente independente da genética, pelo que ter medo que um filho que foi amado possa vir mais tarde a transferir o seu afecto para um dador desconhecido, é um receio humano, mas infundado.

Estabelecemos relações com os pais que conhecemos desde bebés e essa vinculação (positiva ou negativa) não é alterada por nenhuma informação sobre ter-se nascido com recurso a doação, nem mesmo com a informação sobre a identidade desse dador.

Apesar de tudo, é natural que os pais se interroguem sobre o que pode acontecer na idade adulta com o acesso a essa informação. Existem já estudos que mostram quais as atitudes dos nascidos em relação a procurar informação sobre o seu dador. Alguns deles resultam de Inquéritos feitos aos utilizadores de sites como o Donor Sibling Registry, fundado em 2000 e que se destina a indivíduos nascidos de doação que têm o desejo de estabelecer contacto com outros adultos nascidos do mesmo dador(a).

Outro site de referência é o Wearedonorconceived.com, um site mundial de recursos para adultos nascidos de doação e que tem como objectivo partilhar as suas experiências.

Aceitar a curiosidade de filho

O que sabemos é que existem jovens e adultos que não manifestam nenhuma curiosidade sobre o dador e por isso não exercem esse direito legal, muitos que têm curiosidade sobre a ascendência familiar e informação de saúde e outros que estabelecem contacto com o dador pelas redes sociais ou internet.

De forma recorrente referem estar felizes com a família e pais que têm, mas precisam satisfazer a sua curiosidade natural sobre essa pessoa de quem herdaram metade seu código genético.

O maior desafio para os pais será aceitarem de forma aberta essa curiosidade natural do filho, permitindo-lhe



expressar as suas dúvidas e colocar questões de forma aberta, sem sentir que está a magoar ou atraiçoar o pai ou mãe não genético.

O mais doloroso talvez seja reconhecer a herança genética do dador. De forma inconsciente, existe um desejo de “normalizar” a família, minimizando a importância do dador na vida desse filho. Para além de características físicas e predisposições para vir a desenvolver algumas doenças, herda-se também algumas tendências temperamentais, aquilo que vulgarmente se chama o “feitio”, tal como algumas aptidões e até tipos de inteligência. Não reconhecer essa realidade equivale a “negar” uma parte do filho, o que pode ser perturbador para o próprio.

Com esta mudança de paradigma, surgem novos desafios e necessidades. Existe muita informação fidedigna disponível mas em situações particulares ou momentos decisivos, os casais receptores ou dispostos a doar os seus embriões e as mulheres sem parceiro, poderão beneficiar de um processo de apoio psicológico ou aconselhamento para a tomada de decisão, nomeadamente antes de avançarem para a doação, como em determinadas fases da família constituída.

NUTRIÇÃO



**Mafalda Sofia Assunção
Gonçalves**

Nutricionista

Obesidade, Nutrição e Infertilidade Masculina

A infertilidade é uma doença complexa que tem implicações médicas, demográficas, económicas, psicológicas e nutricionais. Esta patologia define-se clinicamente como a incapacidade de conceber um filho ou levar uma gravidez até ao fim após um ano de relações sexuais sem contraceptivos.^{1,2,3} Estima-se que esta patologia afete cerca de 15% dos casais em idade fértil em todo o mundo. Em 50% dos casos de infertilidade, a causa é masculina.^{4,5,6}

A infertilidade masculina é considerada uma doença multifatorial que pode ser causada por anomalias urogenitais congénitas ou adquiridas, nomeadamente, varicocele, infeções do trato genital, insuficiência testicular, cancro, distúrbios endócrinos, fatores imunológicos, doenças sistémicas e exposição a substâncias gonadotóxicas.^{7,8}

Alguns homens apresentam exames endócrinos e físicos normais, no entanto, o espermograma revela alterações ao nível da concentração, motilidade e morfologia dos esper-

matozóides. Estes casos denominam-se como infertilidade idiopática associa-se a fatores como o estilo de vida, tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, alimentação desequilibrada, exposição a produtos tóxicos e espécies reativas de oxigénio (ROS).^{9,11}

Estilos de Vida

O estilo de vida é bastante importante nesta patologia e pode ser alvo de medidas preventivas da infertilidade masculina.^{11,9}

O tabagismo diminui os níveis de antioxidantes presentes no plasma seminal aumentando o stresse oxidativo. Por outro lado, o tabaco interfere na qualidade espermática por aumento das espécies reativas de oxigénio e dos danos no ADN, aumentando a probabilidade de mutações.¹²

O alcoolismo também está associado a alterações da saúde reprodutiva masculina uma vez que contribui para a atrofia testicular e impotência.¹³



Quanto ao sedentarismo, muitas vezes associado à obesidade e ao excesso de peso, parece favorecer o aumento da temperatura escrotal. A temperatura escrotal desempenha um papel importante na espermogénese podendo diminuir a qualidade do esperma uma vez que a espermogénese é sensível ao aumento da temperatura.

Na obesidade, existe um aumento da deposição de gordura na região púbica, escrotal ou crural favorecendo o aumento da temperatura e, conseqüentemente, alterações na espermogénese.^{14,15,16}

Índice de Massa Corporal e Composição Corporal

Existem vários estudos que estudam a relação entre a obesidade masculina, o sobrepeso e os parâmetros seminiais.

Quanto à concentração de espermatozoides, existem vários estudos que demonstram uma relação inversa entre o Índice de Massa Corporal (IMC) e a concentração de esperma-

tozoides, ou seja, um IMC superior associa-se a uma concentração inferior.^{17,18}

Relativamente à TSC (concentração x volume espermático), um IMC superior ou igual a 35 Kg/m² (Obesidade Grau II) associou-se negativamente à TSC.¹⁹

No que diz respeito à motilidade dos espermatozoides, também existem estudos que apontam para uma relação inversa deste parâmetro com o IMC.²⁰

Estas alterações espermáticas resultam de uma diminuição da testosterona por conversão desta em estrogénio graças à aromatase libertada pelo tecido adiposo branco existente na zona abdominal e que se encontra aumentado nos casos de obesidade ou sobrepeso.²¹

Alterações plasmáticas de testosterona, estrogénio e de globulina de ligação de testosterona e estrogénio provocam alterações no eixo hipotálamo-hipófise-gónadas alterando

a espermogénese.^{22,23,24}

Por outro lado, o aumento da libertação de adipocinas pró-inflamatórias pelo excesso de tecido adiposo branco desencadeia um estado inflamatório que altera a atividade das citocinas no interior dos testículos e, conseqüente, aumento do efeito tóxico nas células germinativas.²⁵

Nutrientes e Infertilidade Masculina
A baixa ingestão de frutas e vegetais e o aumento do consumo de alimentos ricos em gorduras saturadas tem aumentado em indivíduos em idade reprodutiva.²⁴

Na infertilidade masculina os micronutrientes mais estudados são a vitamina E, os carotenóides, a vitamina C, o folato, o selénio e o zinco, ou seja, os antioxidantes.^{5,25,26,27}

Estes nutrientes desempenham um papel crucial na espermogénese, metabolismo, síntese, reparação e transcrição do ADN das células germinativas.²⁸

Alterações espermáticas encontram-se associadas a níveis altos de espécies reativas de oxigênio (ROS) que causam danos tanto nos lípidos como nas proteínas e ADN das células germinativas. Alguns estudos defendem que a suplementação em antioxidantes poderia reduzir o efeito dos ROS e melhorar os resultados do espermograma.^{12,29,30,31,32}

A qualidade espermática também parece estar relacionada com a ingestão de ácidos gordos. Um estudo espanhol revela que a ingestão de carne processada, rica em gordura saturada, foi associada a baixa qualidade do sêmen.¹²

Outro estudo revela que um consumo elevado de carne associa-se a uma diminuição da concentração de espermatozóides quando comparado com uma dieta rica em hortofrutícolas e peixe.³³

A ingestão de ácidos gordos polinsaturados parece estar associada a uma melhor morfologia dos espermatozóides.³³

Um estudo que envolveu 238 homens inférteis, suplementados com ácido eicosapenta-nóico (EPA) e ácido decosahexanóico (DHA), concluiu que a suplementação em ácidos gordos n-3 aumentou o número de espermatozóides com morfologia normal.³²

Outro estudo constatou que dietas ricas em ácidos gordos polinsaturados e pobres em ácidos gordos saturados associam-se a melhores parâmetros do espermograma.³²

O acompanhamento nutricional destes doentes tem um papel importante na implementação de medidas que promovam o emagrecimento e a adoção de uma alimentação saudável e equilibrada, rica em antioxidantes.

Pequenas alterações nos hábitos alimentares e de estilo de vida poderão melhorar a saúde reprodutora masculina. O recurso a um profissional da área da nutrição poderá auxiliar e, até mesmo, resolver a problemática.

A integração de um nutricionista nas equipas de tratamento de infertilidade masculina é essencial pois poderia potenciar o sucesso das técnicas de procriação medicamente assistida.





Bibliografia

- (1) WHO. Recent Advances in Medically Assisted Conception: World Health Organization Publ, 1992, Vol. 820.
- (2) Zegers- Hochschild, F., et al. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology and the world Health Organization revised glossary of Art terminology. *Fertility and Sterility*, 2009. v.92, n5, p. 1520-24.
- (3) Silva, T. Efeito do ácido fólico nos principais parâmetros do espermograma de homens subfêrteis, 2012, Disponíveis em: repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/1754/1/Tatiana%20Moreria%20da%20Silva%20DISSERTACAO%20DE%20MESTRADO.pdf. Consultado a 2/12/2016.
- (4) WHO Infertility: a tabulation of available data on prevalence of primary and secondary infertility. Geneve: WHO, Programme on maternal and child health and family planning. Division of family health, 1991, v.11, p. 255-267
- (5) Showell, M., et al. Antioxidantes for male subfertility. *Cochrane Database of sytematic Review*, 2011, Issue 8.
- (6) Hamada, A., et al.. Unexplained male fertility: potential causes and management. *Human Andrology*, 2011, v.1, p.2-6
- (7) Dohle, G., et al. EUA Guidelines on male infertility. *European Association of utology*, 2007; V.48, p.703-11.
- (8) Pacalotto, F. Investigação e Reprodução assistida no tratamento da infertilidade masculina. *Revista brasileira de ginecologia e obstretícia*. 2007;v.29, n.5, p. 103-12.
- (9) Cambiaghi, A., Rosa, D. Fertilidade e Alimentação: Guia alimentar para homens e mulheres que desejam preservar ou melhorar sua fertilidade, 1ª edição, IPGO, São Paulo. 2012; pp. 310.
- (10) Hamada, A., et al. Unexplained male infertility: potential causes and management (Review Article). *Human Andrology*, 2011; v. 1, p.2-16.
- (11) Barbosa, F. Influência dos antioxidantes na qualidade do sêmen de homens em tratamento de fertilidade, 2009, Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1433/1/20675_ulfc080620_tm.pdf. Acesso em: 12/12/2016.
- (12) Esteves, B., Agarwal, A. Novel concepts in male infertility. *International Brazilian Journal of Urology*, 2011; v.37, n.1, p.5-1
- (13) Mendiola, J., et al. A low intake of antioxidante nutrients is associated with poor sêmen quality in patients attending fertility clinics. *Fertility and Sterility*, 2010; v. 93, n.4, p. 1128-33.
- (14) Jung, A., et al.. Influence of the type of undertrousers and physical activity on scrotal temperature. *Human Reproduction*, 2005; 20:1022-1027
- (15) Jung, A., Schuppe, H. Influence of genital heat stress on sêmen quality in humans. *Andrologia*, 2007; 39:203-215;
- (16) Tunc, O., et al. Impacto of body mass index on seminal oxidative stress. *First International Journal of Andrology*. 2010; 43:121-128
- (17) Paasch, U., et al. Impacto of obesity on male fertility, sperm function and molecular composition. *Spermatogenesis*. 2012; 2(4): 253-263.
- (18) Bakos, H., et al. Paternal body mass index is associated with decreased blastocyst development and reduced live birth rates following assisted reproductive technology. *Fertility and Sterility*, 2011; 95:1700-4
- (19) Chavarro, J., et al. Body mass index in relation to sêmen quality, sperm DNA integrity, and serum reproductive hormone levels among men attending an infertility clinic. *Fertility and sterility*, 2010; 93(7):2222-2231
- (20) Hammoud, A., et al. Impacto f male obesity on fertility: a critical review of the current literature. *Fertility and sterility*. 2008; 90(4):897-904.
- (21) Cabler, S., et al. Obesity: moderns man's fertility nemesis. *Asian Journal of Andrology*, 2010; 12:480-489
- (22) Nguyen, R., et al.. Men's body mass index and infertility. *Hum Reprod*, 2007; 22(9):2488-93
- (23) Jensen, T., et al. Body mass index in relation to sêmen quality and reproductive hormones among 1558 Danish men. *Fertil Steril*. 2004; 82(4):863-70
- (24) MacDonald, A., et al. The impact of body mass index on sêmen parameters and reproductive hormones in human males: a systematic review with meta-analysis. *Hum. Reprod*, 2010; 16(3):293-311
- (25) Cabler, S., et al. Obesity: modern man's fertility nemesis. *Asian Journal of Andrology*, 2010; 12:480-489
- (26) Vujkovic, M., et al. Associations between dietary partners and sêmen quality in men undergoing IVF/ICSI treatment. *Human Reproduction*, 2009;v.1, n1, p.1-9.
- (27) Eskenazi, B., et al. Antioxidant intake is associated with sêmen quality in health men. *Human Reproduction*, 2005; v.20, n.4, p.1006-12.
- (28) Ramasamy, R., et al. Medical Therapy for spermatogenic failure. *Asian Journal of Andrology*, 2012; v. 14, n.1, p 57-60.
- (29) Mendiola, J., et al. Sperm counts may have declined in young university students in souther spain. *Andrology*, 2013; 1, p.408-413.
- (30) Eskenazi, B., et al. Antioxidant intake is associated with sêmen quality in health men. *Human Reproduction*, 2005; v.20, n.4, p.1006-12.
- (31) Young, S., et al.. The association of folat, zinc and antioxidante intake qith sperm aneuploidy in healthy non-smoking men. *Human Reproduction, Levermore*, 2008; v.23, n.5, p. 1014-22.
- (32) Greco, E., et al. ICSI in cases of sperm DNA damage: beneficial effect of oral antioxidante treatment. *Human Reproduction*, 2005; v.20, n.9, p.2590-94
- (33) Greco, E., et al. Reduction of the incidence of sperm DNA fragmentation by oral antioxidante treatment. *Journal of Andrology*, 2005; v.26, n.3, p.349-53.
- (34) Attaman, J., et al. Dietary fat and sêmen quality among men attending a fertility clinic. *Human Reproduction*. 2012; V. 0, n.0, p. 1-9.

TESTEMUNHOS

Porquê eu?

Começando pelo meio, o primeiro pensamento após saber que biologicamente não irei ter filhos é “porquê eu?”. Antes há a fantasia de imaginar a família a três, depois há um conjunto de possibilidades a explorar para diminuir a dificuldade de lá chegar.

Quando achamos (eu, André e ela, Ana) ser a altura certa de ser pais, em 2014, falamos da intenção aos respetivos médicos de família, para fazer os exames e análises necessários, dos quais não surgiu nenhum problema. À medida que nos adaptamos à ideia de ter um filho, o tempo foi passando e não surgiu a gravidez esperada. Nesta fase, não estávamos ainda muito preocupados/ansiosos, mas passamos a ser rigorosos no controlo do período fértil. O resultado não se alterou, o teste de gravidez continuou por usar. Procuramos ajuda especializada, eu em urologia e a Ana em ginecologia.

Fiz o primeiro espermograma em maio/junho de 2016 e foi aí que soube que havia problema de origem masculina. O resultado indicou azoospermia, palavra que até então desconhecia, e foi o primeiro murro no estômago. Com a Ana apenas foi detectado um pequeno mioma uterino, na altura sem importância de maior. Fiz outros exames, no sentido de encontrar a origem do problema, que pode ser azoospermia secretora ou obstrutiva. Sendo a secretora a mais grave, a minha esperança era, nesta fase, ouvir do médico que era obstrutiva. Mas não foi o caso, era mesmo secretora.


Foi-me receitado um suplemento hormonal durante seis meses. Neste período as nossas esperanças vão-se canalizando para o passo seguinte, esperar que o suplemento venha a dar resultados. Fomos tentando durante estes seis meses, sempre sem resultado. Fiz novo espermograma, mas infelizmente o resultado foi o mesmo.

Conseguimos a primeira consulta em PMA, na maternidade Júlio Dinis, em janeiro de 2017. Repetiram-se os exames, repetiu-se o diagnóstico. Foi proposto, como passo seguinte, a biopsia testicular, basicamente a última possibilidade de encontrar espermatozoides no testículo. Os raros vestígios encontrados não permitiram recurso a técnicas de PMA (FIV ou ICSI). Esta intervenção foi bastante dolorosa fisicamente no pós-cirúrgico e psicologicamente, porque foi a confirmação da impossibilidade de vir a ter filhos biológicos. Estávamos em junho de 2017.

Todo este percurso de frustrações, novas esperanças, novas frustrações, foi-se mantendo entre os dois, com a expectativa de vir a haver uma saída positiva. Não houve apoio psicológico, houve mínima partilha com familiares e amigos, sempre com secretismo.

O passo seguinte foi tentar o recurso ao banco público de gâmetas para, por via de FIV, tentar a tão esperada gravidez, mantendo desta forma a in-formação genética da Ana. Nova esperança aberta, nova expectativa...nova





dificuldade! O banco público de espermatozoides é insuficiente para os pedidos pendentes, pelo que ficamos em lista de espera a aguardar.

Entretanto, sendo necessário utilizar técnicas de PMA, e para aumentar a percentagem de sucesso das mesmas, seria necessário remover um pequeno mioma uterino da Ana. Foi conseguido com sucesso, mas em consulta pós-cirúrgica, foi detectado um outro mioma que, devido à sua localização, também necessitaria de remoção, desta vez por laparoscopia. Feita a intervenção, surge novo problema: endometriose! Mais uma pedra neste caminho, já bastante acidentado!!! Vários sinais deste problema existiram desde cedo, mas sempre desvalorizados.

O tempo não para, e estávamos em setembro de 2018 aquando deste diagnóstico, mas a nível jurídico, tinha havido novo revés nas nossas aspirações: o fim do anonimato dos dadores pelo Tribunal Constitucional em abril. Esta decisão veio acabar praticamente com as dádivas de espermatozoides, já anteriormente bastante reduzidas.

Mesmo esperma preservado deixou de poder ser usado devido a essa lei. Entrou-se num período de incerteza, em que se tentou desbloquear o acesso aos gâmetas preservados, que foram doados sob anonimato. Até maio de 2019, nada se alterou no nosso caso, mas felizmente foi aprovada uma proposta de lei na comissão de Saúde que determina a manutenção do anonimato até três anos para os dadores de gâmetas.

É uma notícia positiva, ladeada de tantas incertezas. Temos a esperança de poder recorrer nestes três anos aos gâmetas preservados, o que depende da lista de espera, e poder vir a tentar a primeira FIV. Sabemos das dificuldades do processo, das taxas de sucesso, da diminuição da fertilidade pela endometriose... mas é a nossa possibilidade, é a nossa esperança.

Nuno (37 anos) e Ana (35 anos)



Plano B - Uma vida sem filhos

O meu nome é Sara Serrão, tenho 44 anos e a minha vida não foi como eu a imaginei. Quando era mais nova sonhava encontrar o amor de uma vida e constituir uma família num enquadramento saudável e feliz. A verdade é que, depois de um longo namoro entre os 20 e os 30 anos, que acabou por terminar, só voltei a encontrar uma relação estável e gratificante já tarde na vida.

Quando quis engravidar tive que recorrer a tratamentos de procriação medicamente assistida, que fiz, com poucas certezas, mas muitas esperanças, em 2015 e 2016. Depois de três tentativas sem sucesso, com o meu sistema imunitário numa lástima, com o meu estado emocional feito em pedaços e sem probabilidades de engravidar com os meus óvulos devido ao seu envelhecimento natural, não me senti confortável para explorar a possibilidade de recorrer a doação de ovócitos e não voltei a entrar na clínica.

Não posso dizer que tenha encerrado este grande tema de vida, mas desde então tenho vindo a fazer uma longa “caminhada”: por um lado, o luto de um sonho que “era suposto” ter-se cumprido, por outro lado, a aceitação de

todo o processo. Às vezes tropeço, mas sei que a direcção é sempre em frente e não estou disposta a hipotecar o meu presente e o meu futuro pelo que devia ter sido e não foi. No início de 2019, um artigo no semanário Expresso sobre as dificuldades de tentar ter filhos depois dos 40 chamou-me a atenção pelo pragmatismo com que abordava o tema, mas desiludiu-me por retratar um caso de sucesso e, como sempre, nenhum de insucesso.

Há muito tempo que sentia que não existe qualquer narrativa na sociedade portuguesa sobre as pessoas que de facto não conseguem ter filhos, pelas mais variadas circunstâncias: para além de razões de saúde e de insucesso nos tratamentos de procriação medicamente assistida, existem também motivos de ordem financeira ou mesmo social - aliás, a dificuldade em encontrar parceiro estável para um projecto de família é tão incontornável hoje em dia que nos países anglófonos já leva o nome de “social infertility”. Neste contexto, contactei a autora do artigo para chamar a atenção para o facto de esta realidade não estar minimamente representada nos media e esse contacto acabou por dar origem a um testemunho na primeira pessoa no jornal Expresso, que foi, passado pouco tempo, tema do programa “O Amor É”, de Inês Menezes e Júlio Machado Vaz, na Antena 1, e de um trabalho do portal Sapo, com as opiniões de uma psicóloga e um médico especialista em infertilidade.

A ideia por detrás destas iniciativas foi não só dar voz e cara a uma situação que existe e que tem permanecido invisível, mas também tentar gerar um movimento de partilha, até aqui inexistente, entre pessoas que quiseram ter filhos e não o conseguiram. O facto de eu própria ter procurado este apoio e de o ter encontrado apenas noutros países, e o facto de ter sido contactada por pessoas com percursos parecidos, que se sentem isoladas, desvalorizadas e invisíveis na sociedade, vieram confirmar a importância de chegar a outras mulheres e homens em idêntica situação. E isso deu-me confiança para lançar recentemente um grupo online de suporte, com o apoio de duas psicólogas. O Plano B - assim se chama o grupo fechado no Facebook - acolhe qualquer pessoa que enfrente a situação de ter querido e planeado ter filhos, sem o ter conseguido, seja qual for a razão.

No arranque do grupo, as três premissas essenciais foram, por um lado, a criação de um ambiente seguro para partilha de emoções, nem sempre positivas, ajudando a minimizar a sensação de isolamento, incompreensão e falta de enquadramento numa sociedade naturalmente focada na descendência e na parentalidade. Por outro lado, tentar cultivar um espírito de “copo meio cheio” em vez de “meio vazio”, valorizando o que se tem em vez do que não se tem. E, por fim, tentar assegurar a continuidade deste “espaço”, pois acredito que a sua existência pode funcionar um pouco como um “seguro” numa condição que se torna crónica:

até podemos aprender a viver bem sem filhos, aproveitando outros aspectos da vida, mas o caminho é incerto e ficará sempre um vazio indelével, ao mesmo tempo que haverá momentos difíceis ao longo dos anos. Poder falar disso é uma questão de saúde emocional, mental e física, conforme se conclui pelos testemunhos de outros membros do grupo:

Inês, 42 anos, Sintra

“Tentei pela primeira vez ser mãe aos 35 anos. Muitas consultas, tratamentos, lágrimas, raiva, dor e desilusão depois, 7 anos passados, sei que tenho menopausa precoce. São 7 anos de perguntas, quase sempre para mim e quase sempre ‘porquê, porquê comigo?’. Não conheço pessoalmente alguém que seja infértil. Sempre me senti sozinha, a única pessoa a ser assim. Lia avidamente as reportagens em que uma cara conhecida falava sobre ela (e sobre mim). Neste grupo encontro pessoas a quem não tenho de explicar. Um dos membros do grupo partilhou uma ansiedade que tem sobre a velhice sem filhos e aí senti que finalmente estava no sítio onde não me sinto ‘a única’.”

Paula, 41 anos, Odivelas

“O interesse em integrar este grupo foi a necessidade de conseguir em conjunto com outras pessoas receber apoio e compreensão acerca do sentimento de vazio que se instala ao se tomar consciência que a vida será sem filhos. A partilha de experiências com o objectivo de ajudar a ultrapassar a dor, baseado na entre ajuda, confidencialidade, confiança, respeito pela história das pessoas que o compõem, não julgando, mas aceitando. Permitir sentir-me acompanhada e compreendida numa sociedade em que existe uma postura cruel e de total desprezo perante pessoas sem filhos.”

Sofia, 31 anos, Lisboa

“Não estou no ‘Plano B’ por não ter tido filhos – estou porque (muito provavelmente) não os terei. As razões para tal são várias e, juntas, tornam a maternidade, para mim, num sonho praticamente impossível de concretizar. Sendo que desde que me conheço me imagino como mãe, foi bom encontrar este grupo – porque a pouco e pouco o luto terá de ser feito (já está a ser, creio), e é muito diferente passar por esse processo sozinha ou num núcleo em que me entendem e em que as observações despropositadas ficam de fora.

Há uma parte de mim que se vai quebrar para sempre. Uma dor que será para a vida. Porque há em mim uma mãe – que não terá filhos, mas uma mãe.

E no ‘Plano B’ acredito que tudo isto me possa magoar um bocadinho menos.”

Susana, 39 anos, Lisboa

“Sou transplantada renal há quase 14 anos. Há cerca de 5 anos que ando a tentar engravidar e não consegui. O ano passado (2018) foi o “grande ano”, o dos tratamentos... mas também foi o chamado ‘annus horribilis’! Fiz duas FIV no Hospital de Santa Maria, que não resultaram. Como sou transplantada, não me aconselharam a fazer o terceiro tratamento, por receio de pôr em causa a saúde do meu rim transplantado! No segundo tratamento até consegui fazer a transferência de um embrião nível A, com grandes probabilidades de ‘colagem’ no útero, mas isso não aconteceu! Fiquei destroçada porque me senti realmente grávida e fiz tudo o que os médicos me disseram para fazer para que a gravidez fosse adiante!

Considero que um grupo de apoio é extremamente importante para este tipo de casos porque por muito que os psicólogos sejam importantes, não há nada como a experiência e a troca de ideias com pessoas que passaram pelo mesmo ou por algo semelhante.”

Perspectiva das psicólogas que apoiam o grupo, Ana de Sousa Martins e Marta Russo:

“A nossa colaboração no grupo Plano B surge do desejo da Sara de dar voz a todos aqueles que se sentem pouco reconhecidos e que de alguma forma procuram ajuda apenas em privado, ou às vezes nenhuma ajuda. Por acreditar que existem Planos B, que podem ser tão ricos quanto os Planos A, participamos enquanto psicólogas clínicas numa perspectiva de impulsionar e apoiar o grupo, de forma consistente e que permita de facto acolher a perda e reelaboração dos projetos de vida que ficam inacabados”.

No fundo sinto que querer ter filhos e não conseguir resulta numa enorme perda. E, como todas as perdas, dá origem a um luto profundo do qual por vezes nem a própria pessoa se apercebe, quanto mais os que estão à sua volta. Afinal, como explicar e compreender este sofrimento por um filho que não se teve? No final, não é fácil aceitar que a nossa vida, na sua questão mais existencial, não vai ser como sonhámos e que vamos mesmo ter que abraçar uma segunda escolha, um plano b, mas não há por que percorrer este caminho sozinho, entre muros de silêncio.

Sara Serrão

(autora escreve sem Acordo Ortográfico)



Infertilidade – A dor que destrói o coração

Passado alguns anos de uma grande e verdadeira batalha contra a infertilidade, eu e o meu marido resolvemos pedir ajuda aos meios de comunicação social para divulgar a nossa história e, assim, podermos ajudar outros casais e também conseguir alguma luz que nos guiasse neste caminho árduo.

Posso começar por caracterizar a cegonha como um pássaro de grande porte, livre, de grande imprevisibilidade e migrante. Isto tudo quer dizer que nunca estão num lugar certo, nem onde por vezes querem que elas estejam. Eu pensei que seria rápido, que a cegonha iria fazer ninho na minha barriga. Mas afinal deparei-me com uma cegonha sem GPS, pois nunca mais chegava e quando chegou trazia no seu embrulho paciência, tristeza e desilusão.

Um namoro perfeito, realmente vivia num verdadeiro conto de fadas, onde nunca escondi ao meu namorado que tinha o sonho de casar grávida. Nós pensávamos que seria só pensar e a cegonha chegava com o nosso bebé... Mas aí, começámos a ver que realmente o mundo não era assim tão cor-de-rosa.

Em 2012, um ano passado de estarmos juntos, começámos por ir a uma consulta de genética no Hospital de Santa Maria para ser acompanhada, dado ser portadora de Distrofia Miotónica de Steinert(1). Fomos também informados de que não havia precauções que pudéssemos tomar para que o nosso bebé não tivesse a doença e que apenas quando ficasse grávida poderia ser feito o diagnóstico pré-natal através da amniocentese ou da biopsia das vilosidades coriónicas.

Com todos estes processos e de mais alguns exames nem nos demos conta que a infertilidade já tinha entrado nas nossas vidas sem pedir licença, já estava bem acomodada e já fazia parte da família.

Passado dois anos ainda nada tinha acontecido. Exames e mais exames e explicação não havia, mas o que era certo é que a cegonha não chegava, a maldita cegonha não tinha GPS. Até que no dia 20 de janeiro de 2015 chegou a nossa tão esperada cegonha. Ai que felicidade! Mas quando reparámos bem essa cegonha era diferente das outras, só trazia embrulho, lá dentro não existia bebé. Essa cegonha trouxe uma gravidez gemelar anembrionária que nos fez sofrer muito. E desde aí nunca mais tivemos a visita da nossa amiga cegonha.

Passado tudo isso, nesse mesmo ano casámos. O nosso amor tornou-se mais forte e com todas as nossas forças continuámos o nosso caminho. O médico de família encaminhou-nos para o apoio à fertilidade em Castelo Branco. Exames e mais exames e nada tinha explicação, simplesmente não acontecia. Passado um ano de estimulação da ovulação passámos para as inseminações intrauterinas. Mais uma luz se acendeu, fizemos quatro apenas para confirmar que a cegonha tinha mesmo perdido o GP,S pois nunca nos visitou.

Perante toda esta situação sofremos muito, odiámos as palavras “infertilidade inexplicável” porque sem qualquer razão ela roubou o nosso maior sonho. Fomos ao fundo, chorámos, gritámos e mais uma vez ficámos de coração partido. Até que o médico nos chamou para nos informar que o nosso processo iria para Coimbra para que não sofréssemos mais e pudéssemos fazer Fertilização in Vitro. Ficamos de novo muito felizes, mas com medo da demora da lista se espera. Até tudo correu bem demais e fomos então a consulta a Coimbra a 20 de dezembro de 2018. A doutora pediu mais uns exames e marcou nova consulta para março de 2019. Lá fomos nós todos contentes, cheios de esperança que o nosso processo ia já para reunião terapêutica. Mas mais uma vez a vida nos surpreendeu pela negativa. A médica disse-nos que com a doença genética que tenho, e como pode ser transmitida à descendência com um risco de 50 por cento, deveria era ter sido encaminhada para o Hospital do Porto, o único público no país que faz a escolha dos genes bons para que o nosso bebé não tenha a minha doença genética.

Sem possibilidade de irmos para o particular, o nosso mundo ficou sem chão pois voltámos para o fim de uma lista de espera. Como é possível numa luta de 7 anos que ninguém nos tenha dado essa informação?

Mas no caminho da infertilidade às vezes acontecem coisas boas. A nós, no dia 18 de abril de 2019, saiu-nos o Eurómilhões sem jogar. Com a intenção de divulgar a nossa história, também a enviámos para a TVI. Qual não é o nos-

so espanto quando nos contactam para irmos ao programa “Você na TV” no dia 18 de Abril. Aqui começou um outro problema, porque o meu marido não queria ir à TV, em conjunto com a jornalista Cristiana Esteves conseguimos convencer o meu marido e lá fomos ao programa. E sem dúvida apareceu um anjo no nosso caminho, chamado Dr. Vladimiro Silva. A TVI, mais concretamente o apresentador do programa Manuel Luís Goucha, divulgou a nossa história e conseguiram que a clínica Ferticentro, em Coimbra, ficasse interessada em ajudar-nos a concretizar o nosso sonho. Um casal que vive durante 7 anos, acompanhado da infertilidade, que mais poderia pedir? Nesse dia eu e o meu marido nem acreditávamos no que se estava a passar, tudo parecia surreal.

Agora podemos dizer que, pouco tempo depois, tivemos a nossa primeira consulta na clínica e demos início a todo um processo de apoio a um casal com infertilidade à procura do tratamento mais adequado.

A clínica Ferticentro e os seus profissionais são de excelência e sentimos que todos juntos lutamos pelo mesmo objetivo: “Que a nossa cegonha encontre o GPS.”

Queremos agradecer à TVI, mais propriamente à jornalista Cristiana Esteves, ao apresentador do Você na TV Manuel Luís Goucha, à Ferticentro, em especial a toda a equipa dirigida pela Professora Isabel Torgal e ao Doutor Vladimiro Silva. Um agradecimento especial à Sandra Santos, Diretora de Marketing, pelo apoio e pelas palavras amigas de todos os dias.

Estamos eternamente gratos. Nunca conseguiremos pagar de algum modo todo o apoio, carinho e dedicação que nos tem sido dado por estes excelentes profissionais.

Luzia e Tiago Maia

(1) A Distrofia Miotónica de Steinert é uma doença genética caracterizada pela dificuldade em o portador relaxar os músculos após uma contração. Os músculos mais afetados são os da face, pescoço, mãos, pés e antebraços. As causas estão relacionadas com alterações genéticas presentes no cromossoma 19, sendo que estas podem aumentar de geração para geração, passando da mãe ou do pai para os filhos.





PROTOSCOLOS

APFertilidade estabeleceu novas parcerias. Saiba quais são e os benefícios disponíveis para os nossos associados.

Farmácia do Passeio Alegre

Rua do Passeio Alegre, nº 296
4150-571 Porto

A Minha farmácia

Rua Cidade de Goa, nº 22 A
2685-038 Sacavém

Farmácia Eusébio

Rua República da Bolívia, nº 69 A/C
1500-544 Lisboa

Farmácia Santa Apolónia

Rua dos Caminhos de Ferro, nº 102
1100-108 Lisboa

**Tatiana Raimundo Vida Branco Vaz
Enfermagem de Saúde Materna,
Obstétrica e Ginecológica
Medicina Tradicional Chinesa**

Clínica Amamentos
Azinhaga da Torre do Fato, nº 23
1600-299 Lisboa

Hotel Vila Galé Collection Elvas

Avenida 14 de Janeiro, nº 13
7350-092 Elvas

Conheça os outros parceiros da APFertilidade:
Aqui



Associação Portuguesa de
Fertilidade

www.apfertilidade.org

