

+ Fertilidade

magazine

EDIÇÃO 7 | JULHO 2022

Estamos
de volta!



+ ARTIGOS
INVESTIGAÇÃO
ENTREVISTA
APOIO PSICOLÓGICO
NUTRIÇÃO
TESTEMUNHOS
APF EXPLICA...



Associação Portuguesa de
Fertilidade

ÍNDICE

5

EDITORIAL

- A + FERTILIDADE ESTÁ DE REGRESSO!

6

NOTÍCIAS

14

ARTIGOS

- CRIOPRESERVAÇÃO DE GÂMETAS E EMBRIÕES
- A CRIOPRESERVAÇÃO DE UM SONHO
- PORTUGAL NO 5º LUGAR DO ATLAS DA FERTILIDADE, MAS...

20

INVESTIGAÇÃO

- METFORMINA PODE ALTERAR TERAPÊUTICA CONTRA ENDOMETRIOSE

22

ENTREVISTA

- "OS QUE SOFREM EFEITOS PRÁTICOS DA APLICAÇÃO DAS LEIS MERECEM SER OUVIDOS"

28

APOIO PSICOLÓGICO

- O TRABALHO DE LUTO PELA IMPOSSIBILIDADE DE TER FILHOS

32

NUTRIÇÃO

- RESERVA OVÁRICA E ALIMENTAÇÃO - EXISTE UMA RELAÇÃO?

36

TESTEMUNHOS

- LEA NASCEU DA MAMÃ CARLA E DA MAMÃ ANDREIA
- NÃO TINHA QUE TER SOFRIDO ATÉ AOS 22 ANOS

42

APF EXPLICA...

EDITORIAL

A +FERTILIDADE ESTÁ DE REGRESSO!



Pandemia, vidas alteradas ou em suspenso, retoma de ritmos e alguma normalidade... Desde a última edição da revista da APFertilidade registaram-se alterações a vários níveis, e na procriação medicamente assistida os tempos foram de agitação, com paragens forçadas nos tratamentos, aumento dos tempos de espera, projetos de parentalidade adiados, alterações na legislação e muitas dúvidas.

A APFertilidade continuou a trabalhar, apesar das limitações que surgiram, e foi procurando dar resposta às questões que chegaram por telefone e email e às necessidades de apoio que os beneficiários sentiram num momento tão atípico.

A PMA sofreu fortemente com a pandemia e os atrasos verificados nos centros do Serviço Nacional de Saúde (SNS) adensaram-se, levando ao desespero, mulheres em projeto monoparental, casais e profissionais de saúde. O Ministério da Saúde consultou os centros públicos de fertilidade e outras entidades responsáveis da área, incluindo a APFertilidade, através de um grupo de trabalho formado com esse propósito, no sentido de procurar respostas para ajudar a diminuir as listas de espera para consultas e tratamentos e aumentar o número de dadores para o Banco Público de Gâmetas. Porém, e apesar de já ter passado mais de um ano desde que o grupo de trabalho apresentou o seu relatório, até agora, não se verificaram melhorias significativas ou foram colocadas em prática algumas das medidas sugeridas ao Governo.

Lentamente a atividade em PMA foi restabelecida, mas ainda longe de se conseguir o equilíbrio desejado. A APFertilidade, que acaba de completar 16 anos de existência, mantém o foco em ajudar quem enfrenta a infertilidade, de forma a tornar esse caminho menos doloroso e com maior apoio médico e emocional. Nesse sentido, em junho realizou, em Coimbra, o 6.º Workshop de Psicologia, que juntou psicólogos e estudantes de Psicologia e especialistas na

“A APFertilidade vai estar aqui, sempre que precisarem.”

área da fertilidade para falar do que se faz e deve ser ainda desenvolvido para apoiar os que tanto desejam concretizar o seu projeto de parentalidade.

Até ao fim de 2022, haverá mais edições da +Fertilidade e a associação vai continuar a trabalhar nos seus objetivos, com o desenvolvimento de iniciativas destinadas aos associados e aos que confiam no trabalho que tem realizado desde 2006.

Obrigado por continuarem aí. A APFertilidade vai estar aqui, sempre que precisarem.

NOTÍCIAS

APFERTILIDADE CELEBRA 16 ANOS

A APFertilidade nasceu há 16 anos por iniciativa de um grupo de cidadãos que quis encontrar respostas à necessidade de ajuda e orientação sentida por pessoas com problemas de fertilidade. Em 2006, era criada a associação que se tornou porta-voz dos que precisam de apoio na luta contra uma doença, que em muitas situações continua a não ser reconhecida ou ainda é desvalorizada.

O caminho que se percorre para ter um filho pode ser duro, frustrante e provocar um sentimento de injustiça. Por isso, no último 20 de maio, a APFertilidade quis celebrar o seu aniversário de uma forma diferente. Num vídeo criado pela comedianta Joana Gama, a infertilidade é exemplificada com descontração e humor, para falar abertamente

de mitos, rotinas, pressão, hormonas, reações da família e amigos...

A associação quis, acima de tudo, que o vídeo fosse uma prenda de boa disposição para os que a acompanham e os que apoia e defende. “Neste aniversário, a APFertilidade quis dizer ‘não estão sozinhos’ de uma forma mais leve, descontraída, com humor, para que, pelo menos durante uns minutos, os que estão nesta jornada e os que já a enfrentaram sintam que é possível sorrir mesmo na adversidade”, explica a presidente da associação, Cláudia Vieira.

Tire uns minutos e descontraia com Joana Gama [Veja o vídeo aqui](#)



WORKSHOP DE PSICOLOGIA REGRESSOU PARA 6ª EDIÇÃO



Depois de um intervalo forçado pela situação de pandemia, a APFertilidade voltou a organizar o Workshop de Psicologia, uma iniciativa lançada em 2011, destinada a psicólogos que exerçam funções e se interessem pela área da saúde reprodutiva.

A sexta edição foi subordinada ao tema “(In) Fertilidade: Integração de conhecimentos para a atividade do Psicólogo”, e decorreu a 3 de junho, no Mosteiro de Santa Clara-a-Velha, em Coimbra, com a participação de nove especialistas, que abordaram oito temáticas relacionadas com a fertilidade.

Desde as questões éticas em Procriação Medicamente Assistida (PMA), à legislação atual da PMA, processo de adoção de crianças, preservação da fertilidade em doentes oncológicos ou as implicações psicossociais e linhas orientadoras para a prática clínica em casos de gestação de substituição, o workshop disponibilizou, aos 24 alunos e profissionais da área da psicologia que participaram, uma abordagem alargada do ponto em que se encontra a infertilidade a nível nacional.

O balanço da iniciativa bianual, cuja última edição decorreu em 2017, em Lisboa, foi positivo, com o debate de algumas questões com os oradores. O workshop deverá regressar em 2024.

À semelhança de edições anteriores, os psicólogos que participam no workshop têm a possibilidade de integrar a Rede de Apoio Psicológico da APFertilidade, caso o pretendam.



NOTÍCIAS

PROPOSTAS DE GRUPO DE TRABALHO DA PMA SEM RESPOSTA AO FIM DE UM ANO



Mais de um ano após a entrega do relatório do grupo de trabalho, criado a pedido do Ministério da Saúde, para apresentar propostas destinadas a melhorar o acesso ao apoio à fertilidade no Serviço Nacional de Saúde e aumentar o número de doações ao Banco Público de Gâmetas, as sugestões apresentadas por médicos e especialistas continuam sem ter uma resposta ou a ser postas em prática.

Em fevereiro de 2021, o Ministério da Saúde anunciou, em despacho, a criação do grupo de trabalho coordenado pela Direção-Geral da Saúde (DGS). O grupo integrou os responsáveis das nove

unidades públicas de PMA e representantes do Conselho Nacional de PMA, Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, Ordem dos Médicos, Ordem dos Enfermeiros, Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução e Associação Portuguesa de Fertilidade.

No documento assinado pelo Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, António Lacerda Sales, a tutela reconheceu que a "PMA é uma medida de justiça social que garante aos cidadãos o direito a constituir família com filhos, em especial, aqueles que se veem impedidos de aceder às técnicas por

razões de ordem económica e social", sendo, nesse sentido, que procurou ouvir o que os profissionais da área no sector público tinham para partilhar.

Além das fragilidades dos centros públicos de PMA, outra das preocupações é a falta de dadores de gâmetas a dirigirem-se aos três centros de colheita a funcionar no país, no Porto, Coimbra e Lisboa, e a necessidade de melhorar a resposta às mulheres e homens que querem doar, bem como promover o recrutamento de dadores de óvulos e esperma.

O grupo de trabalho resumiu no relatório finalizado em maio de 2021 as principais carências orçamentais, estruturais e de recursos humanos

para melhorar capacidade de resposta do SNS às mulheres e casais que precisam de ajuda para concretizarem o seu projeto de parentalidade, nomeadamente a redução do tempo de espera para tratamentos, principalmente nos que é necessário o recurso à doação de gâmetas. Atualmente o tempo de espera para técnicas com doação de óvulos ou espermatozoides pode chegar aos três anos, uma situação que, em muitos casos, impede utentes de beneficiarem do apoio estatal por a mulher atingir a idade limite para ser submetida a tratamento, os 40 anos, enquanto aguarda que o procedimento seja agendado.

TRATAMENTOS PARA MULHERES ATÉ AOS 50 COM MATERIAL REPRODUTIVO CRIOPRESERVADO

Desde março último as mulheres até aos 50 anos que já tenham material criopreservado, no âmbito da preservação do potencial reprodutivo por doença grave, passaram a ter acesso a tratamentos de fertilidade.

De acordo com uma circular normativa conjunta da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e da Direção-Geral da Saúde (DGS), passou a estar em vigor um regime excecional para casos de preservação do potencial reprodutivo por doença grave. Assim, as mulheres que não ultrapassem os 50 anos e que tenham material reprodutivo criopreservado devido a doença grave têm acesso a tratamentos de fertilidade no Serviço Nacional de Saúde.

Outra das alterações previstas no documento da ACSS e da DGS é a possibilidade de mulheres com menos de 40 anos passarem a ter acesso a tratamentos de preservação do potencial reprodutivo, também em situações de doença grave.



Os critérios de acesso a tratamentos de fertilidade mantêm-se para os restantes casos, ou seja, para técnicas de 1.ª linha (indução da ovulação e inseminação intra-uterina), as mulheres não podem ultrapassar os 42 anos, e para as de 2.ª linha (fertilização *in vitro* e injeção intracitoplasmática, os 40 anos.

NOTÍCIAS

ENTREGUE PROPOSTA DE REGULAMENTAÇÃO PARA A GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO

No próximo dia 1 de agosto assinalam-se cinco anos desde que entrou em vigor a regulamentação do acesso à gestação de substituição. Antes de ser concluído o primeiro processo com recurso a esta alternativa à maternidade, no ano de 2018 a mesma ficou suspensa com a publicação de um acórdão pelo Tribunal Constitucional a concluir que alguns dos artigos que compunham a legislação não previam todos os direitos da gestante e da criança a nascer.

As alterações legislativas foram concretizadas e aprovadas na Assembleia da República e entraram em vigor a 1 de janeiro deste ano. A fase seguinte é a regulamentação da lei, mas esta não ficou concluída dentro do prazo legal, em parte devido à realização de eleições antecipadas.

O Ministério da Saúde acabou por criar uma comissão de peritos para que fosse avançada uma proposta de anteprojeto de decreto-lei para regulamentar a nova lei. O grupo de trabalho tinha até ao dia 30 de junho para apresentar um documento ao secretário de Estado da Saúde. Um dia antes do final do prazo, a proposta foi entregue, mas o processo poderá não ficar já concluído.

O ministério pode devolver a proposta ao grupo de trabalho, em caso de dúvidas. Carlos Calhaz Jorge, presidente da comissão e da Sociedade Europeia de Reprodução Humana e Embriologia, explicou ao "Jornal de Notícias" que o documento tem agora que passar "trâmites administrativos complexos", e, "eventualmente, ir à Assembleia da República".

GOVERNO ANUNCIA ABERTURA DE CENTRO DE PMA NO ALGARVE AINDA ESTE ANO

A primeira previsão para a abertura de um Centro de Procriação Medicamente Assistida no Algarve tinha sido final de 2021, mas ultrapassado esse prazo, foi indicado pelo secretário de Estado Adjunto e da Saúde que, ainda este ano, a unidade abre portas.

No âmbito da inauguração de um angiógrafo biplanar no Serviço de Radiologia no Centro Hospitalar Universitário do Algarve, António Lacerda

Sales indicou que, aquele será o 11.º centro público de PMA no país, vai dar "uma maior equidade de acesso aos casais" ao apoio à fertilidade e "equidade na distribuição geográfica".

O Alentejo e o Algarve não têm qualquer centro a funcionar, levando mulheres em projeto monoparental e casais da região, que precisam de realizar tratamentos de fertilidade, a ter que se deslocar a outras unidades do

país, encaminhadas pelos médicos de família ou hospitais públicos, sem capacidade médica e técnica para realizar esse acompanhamento.

Atualmente, o Serviço Nacional de Saúde dispõe

de quatro centros de PMA na Zona Norte, três em Lisboa e Vale do Tejo, dois na região Centro e um na Madeira.

FERTILIDADE EM EVENTO DE ESTUDANTES DE MEDICINA SOBRE DIREITOS DAS MULHERES



Os Direitos das Mulheres estiveram em destaque na 1ª edição das *Consonâncias*, jornadas sem fins lucrativos organizadas pelo Núcleo de Estudantes de Medicina da Universidade do Minho (NEMUM), no dia 21 de maio, naquela unidade de ensino superior em Braga.

A presidente da APFertilidade, Cláudia Vieira, participou nas jornadas, mais especificamente numa mesa-redonda dedicada à "Gravidez: várias formas uma finalidade", um dos temas para os quais os estudantes quiseram sensibilizar e informar os colegas de curso, de forma a terem algum conhecimento quando no futuro se depararem com questões éticas na sua profissão.

"Enquanto futuros profissionais de saúde, os

estudantes da EM-UM deparar-se-ão com várias situações em que os direitos das mulheres são postos em causa, pelo que achamos oportuno o surgimento destas jornadas, de forma a colmatar as lacunas existentes na formação médica e trazer à discussão vários temas fraturantes na sociedade atual", explicaram os alunos na promoção do evento.

A questão da sensibilização dos profissionais de saúde para questões éticas e sociais tem vindo a reunir cada vez mais atenção e interesse por parte dos estudantes da área da Medicina, sendo que a APFertilidade tem participado em iniciativas destinadas a promover a análise e debate junto dos alunos universitários.

INSEMINAÇÃO *POST MORTEM* SEM RESTRIÇÕES QUANTO A TÉCNICAS DE PMA



Fonte: Facebook/Ângela Ferreira

As mulheres que pretendam ter um filho do cônjuge falecido, com gâmetas do marido ou companheiro criopreservados, podem, a partir de agora, ter acesso sem restrições às técnicas de Procriação Medicamente Assistida (PMA) para engravidar.

Antes de se iniciar tratamentos de PMA, é necessário prestar o consentimento informado, no sentido dos beneficiários indicarem que se encontram informados sobre os benefícios e riscos conhecidos resultantes da utilização de técnicas, bem como das suas implicações éticas, sociais e legais. Em janeiro, o Conselho Nacional da Procriação Medicamente Assistida (CNPMA) disponibilizou o consentimento informado para a Inseminação Artificial *post mortem*, não existindo outro documento para a submissão da mulher a outra técnica para tentar engravidar do cônjuge falecido.

Cinco meses depois, o CNPMA disponibilizou três outros consentimentos informados, agora para fertilização *in vitro* (FIV) e microinjeção intracitoplasmática (ICSI) *post mortem*, criopreservação de embriões após FIV/ICSI *post mortem* e transferência de embriões criopreservados *post mortem*. Os novos documentos permitem, assim,

que seja alargado o acesso a todas as técnicas de PMA a mulheres em situação semelhante a Ângela Ferreira, cujo caso ficou publicamente conhecido ao ter pedido, através de uma petição pública, para que fosse permitido engravidar do marido que faleceu em 2019, e que deixou escrito que queria que a mulher tivesse um filho com o esperma que criopreservou ainda em vida.

O alargamento acontece depois do CNPMA ter concluído, com base no indicado na legislação aprovada em Novembro de 2021, que casos como o de Ângela apenas teriam acesso à inseminação artificial *post-mortem*. Perante a limitação e dúvidas suscitadas pelos centros de PMA, o CNPMA pediu ao Parlamento que clarificasse a lei quanto aos tratamentos possíveis de utilizar nestas situações.

De acordo com Carla Rodrigues, presidente do CNPMA, citada pelo semanário Expresso, faltava regulamentação na nova legislação e, como tal, “a lei está inaplicável”. A responsável explicou que o Conselho “foi induzido pela lei, porque ‘inseminação’ é o que diz a lei”, tendo assim sido disponibilizado apenas o consentimento informado para a inseminação artificial *post-mortem*. “Em caso de outras técnicas como a FIV, teria de haver mais informação sobre os embriões e quantos podem ser transportados, por exemplo”, reforçou Carla Rodrigues.

Dada a situação, o CNPMA pediu esclarecimentos ao Parlamento, tendo a Comissão Parlamentar de Saúde explicado, posteriormente, que a nova lei não tinha como objetivo restringir, mas permitir a mulheres terem filhos de cônjuges já falecidos através das técnicas de PMA disponíveis em Portugal. Após a explicação, o CNPMA disponibilizou adicionalmente três outros consentimentos informados.



Associação Portuguesa de
Fertilidade

Obrigado pela sua participação do IRS

ARTIGOS

CRIOPRESERVAÇÃO DE GÂMETAS E EMBRIÕES - A CRIOPRESERVAÇÃO DE UM SONHO



Sandra Carvalho
Embriologista e diretora
do Laboratório
do centro Ferticare

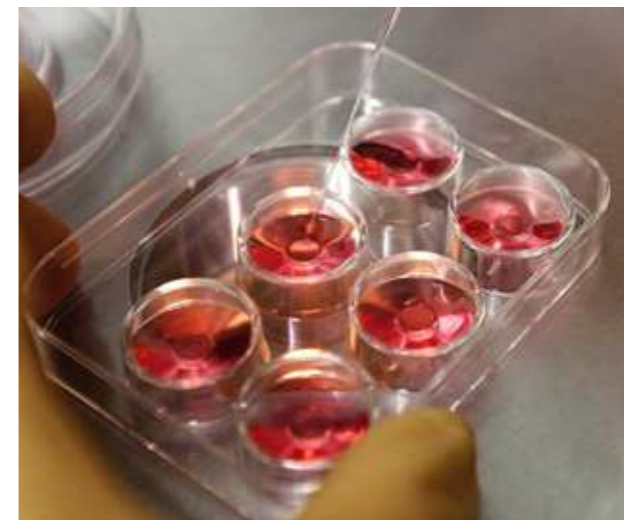
A criopreservação é uma técnica que permite conservar células por tempo indeterminado, de modo que a que possam ser posteriormente utilizadas. O procedimento de congelação, com o recurso a azoto líquido à temperatura na ordem dos -196°C , e, simultaneamente, à utilização de soluções crioprotetoras que protegem as células contra

possíveis danos causados pelo procedimento, permitem preservar as células vivas com o seu metabolismo totalmente suspenso, por longos períodos de tempo.

Nos laboratórios dos Centros de Procriação Medicamente Assistida (PMA) recorre-se, de modo frequente, a esta técnica como complemento às utilizadas nos ciclos de tratamento, permitindo a criopreservação de gâmetas (ovócitos e espermatozoides) e de embriões que, por diversos motivos, não são utilizados a fresco nos ciclos de tratamento. Assim, torna-se possível a sua utilização futura através de técnicas de PMA, para a tentativa de obtenção de uma gravidez. É também a criopreservação de gâmetas que possibilita a existência de bancos de espermatozoides e de ovócitos, aos quais os centros podem recorrer para a realização de tratamentos com gâmetas de dador.

Criopreservação de gâmetas femininos e masculinos

A criopreservação de gâmetas permite a preservação do potencial reprodutivo que, por diversos fatores, possa estar comprometido. É recomendável e está indicado em determinadas circunstâncias clínicas, como a de jovens com



indicação para tratamentos de quimio/radioterapia ou com doenças ou necessidades cirúrgicas que levem ao comprometimento da função ovárica ou espermática. É, também, aplicável a mulheres sem projeto reprodutivo imediato e que apenas consideram concretizar esse projeto em idade reprodutiva mais avançada. O recurso à criopreservação de gâmetas, apesar de por si só não garantir a obtenção de uma gravidez, permite uma reserva de células reprodutoras à qual se poderá recorrer no futuro através de técnicas de PMA.

No decurso dos tratamentos de PMA, os espermatozoides podem ser congelados caso surja uma situação de ausência inadiável do parceiro masculino no dia da inseminação/punção ovárica ou caso exista uma dificuldade crítica na colheita de esperma que possa comprometer a concretização do tratamento. Nestas situações, a criopreservação prévia garante a disponibilidade dos gâmetas no dia do procedimento.

Criopreservação de embriões

Nos ciclos de tratamento de Fertilização *in vitro* (FIV) ou de Microinjeção Intracitoplasmática de Espermatozoide (ICSI), frequentemente, resulta um número de embriões superior ao necessário para uma transferência a fresco, salvo se for vontade expressa da mulher ou casal a não criopreservação de

embriões. Preferencialmente, a transferência deverá ser apenas de um embrião, mas a transferência de dois embriões poderá ser ponderada, tendo em consideração a situação clínica em concreto, a idade da mulher, o número de ciclos anteriormente efetuados e a qualidade dos embriões. Apesar da ocorrência de embriões excedentários não ser um objetivo dos tratamentos de PMA, quando estes existem, podem ser criopreservados para uma utilização futura, permitindo assim efetuar transferências de embriões sem necessidade de um novo ciclo de estimulação ovárica. Constitui, também, uma solução quando, por razões clínicas, é aconselhado o *freeze-all*, isto é, a congelação de todos os embriões sem transferência embrionária a fresco. Estes casos surgem como resultado de situações particulares, como por exemplo o risco de desenvolvimento da síndrome de hiperestimulação ovárica (resposta excessiva dos ovários) ou por suspeita de recetividade endometrial inadequada. Independentemente da situação de origem, sempre que resultam embriões excedentários, a criopreservação deverá ser considerada, sendo criopreservados todos os embriões viáveis, isto é, os embriões que apresentam potencial para dar origem a uma gravidez.



ARTIGOS

Apesar de se tratarem de técnicas muito avançadas na conservação de materiais biológicos e das taxas de sobrevivência obtidas serem bastante satisfatórias, não é de excluir a possibilidade que possa ocorrer uma redução da qualidade do material criopreservado durante o processo de criopreservação. A título de exemplo, pode ser considerada a diminuição da motilidade dos espermatozoides ou ainda a ocorrência de lesões nas estruturas celulares dos ovócitos ou embriões, tornando-os inviáveis. Até à data, a criopreservação não revelou constituir um risco acrescido de anomalias fetais, porém essa possibilidade não poderá ser totalmente excluída.

Embora ainda com algumas limitações, as quais continuam em estudo a fim de poderem ser ultrapassadas, a criopreservação de material biológico assume-se como uma ferramenta fundamental para o sucesso dos ciclos de tratamento, minimizando o risco da ocorrência de algumas situações indesejáveis, tais como a síndrome de hiperestimulação ovárica e a gravidez múltipla. Em jeito de conclusão, podemos afirmar que a criopreservação de gâmetas e embriões não é apenas a simples congelação de material biológico, mas antes a congelação de um sonho e a preservação da esperança.

PRAZOS DE CRIOPRESERVAÇÃO E DESTINO DO MATERIAL BIOLÓGICO CRIOPRESERVADO

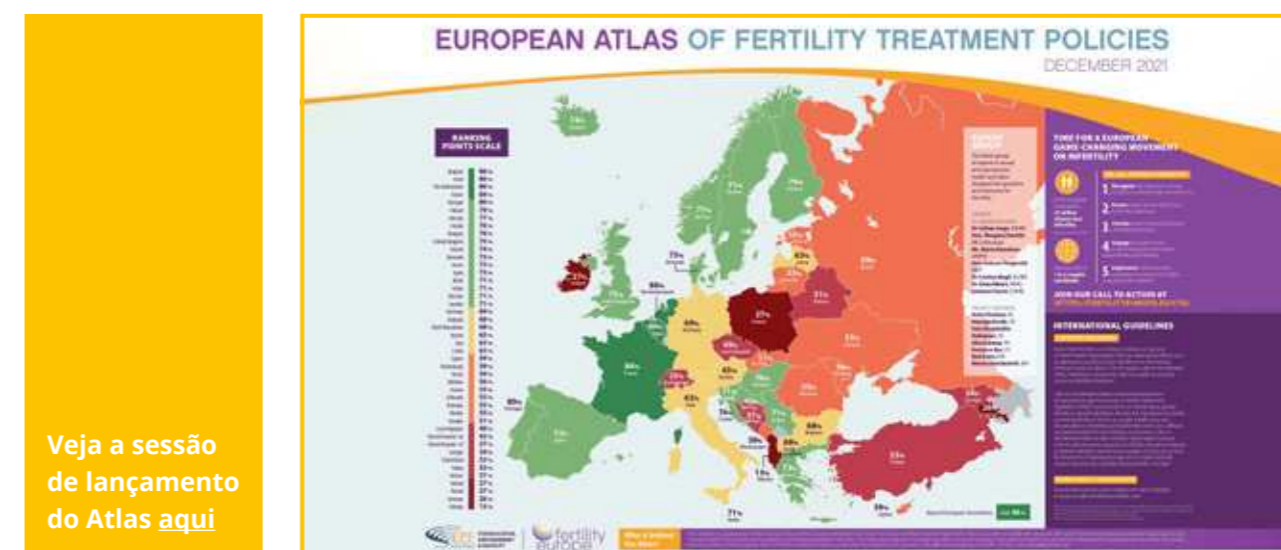
De acordo com a lei atualmente em vigor, os ovócitos e espermatozoides congelados são conservados por um período máximo de 5 anos; no final desse período, e quando justificável, o prazo de criopreservação dos gâmetas pode ser sucessivamente renovado por igual período. Para os embriões, o prazo máximo para a sua conservação é de 3 anos, podendo, também em situações devidamente justificadas, ser alargado até 6 anos. Apenas é reconhecido o direito de utilizar o material biológico criopreservado aos titulares do mesmo. No momento da criopreservação é assinado um consentimento, no qual consta a informação sobre o destino a dar aos gâmetas e/ou aos embriões; findo os respetivos prazos de criopreservação, serão descongelados e eliminados, a menos que os titulares expressem autorização para a sua doação a outras pessoas que delas necessitem para a realização de tratamentos de PMA e/ou a projetos de investigação científica. É também possível, durante o prazo de criopreservação,

revogar a autorização concedida no momento inicial, desde que essa seja a pretensão expressa dos titulares do material biológico.

A transferência de embriões *post mortem*, tal como a inseminação *post mortem* com espermatozoides criopreservados, são lícitas para permitir a concretização de um projeto parental já existente antes do falecimento do progenitor, claramente estabelecido e consentido, e decorrido o prazo considerado ajustado à adequada ponderação da decisão.

O transporte/transferência de material criopreservado é permitido entre os centros de PMA autorizados, desde que sejam escrupulosamente cumpridos os procedimentos obrigatórios para o seu transporte e no caso de essa situação ter sido autorizada pelos diretores dos respetivos centros; em determinadas situações, a transferência do material poderá ainda carecer de autorização prévia do Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida.

PORTUGAL NO 5.º LUGAR DO ATLAS DA FERTILIDADE, MAS...



Quarenta e três países foram avaliados quanto às suas políticas para tratamentos de fertilidade, no mais recente Atlas Europeu. Em 2021, Portugal surgiu em 5.º lugar, entre os 14 que obtiveram uma classificação de “muito bom”, a segunda posição numa escala de seis, entre excelente e excepcionalmente pobre.

Depois de França e à frente da Finlândia, Portugal foi tido como sendo um dos melhores a nível de legislação, comparticipação nos tratamentos e acesso a estes. Mas há um senão. Nesta análise não foi tida em consideração o tempo de espera que se regista no Serviço Nacional de Saúde para receber apoio para ter um filho.

Chama-se Atlas Europeu de Políticas de Tratamentos em Fertilidade e é criado com o apoio da Fertility Europe, organismo que reúne as associações de pessoas com problemas de fertilidade, incluindo a APFertilidade, e do Fórum Para os Direitos Reprodutivos e Sexuais, do Parlamento Europeu. O objetivo é avaliar os países europeus quanto ao apoio à fertilidade disponibilizado pelos respetivos

serviços de saúde públicos e as políticas em vigor para que os pacientes tenham acesso a essa ajuda.

“Qualquer país merece ser um país perfeito com boas políticas que garantam um acesso igual, seguro e eficiente aos tratamentos de fertilidade a todos que deles precisem, boas políticas que considerem os direitos e o bem-estar de todas as partes envolvidas, incluindo crianças e dadores”, sustentou Anita Fincham, responsável da Fertility Europe, na apresentação do Atlas.

A avaliação europeia, estruturada e criada a partir de questões desenhadas por especialistas como Carlos Calhaz Jorge, membro da Sociedade Portuguesa da Medicina de Reprodução e presidente do Comité Executivo da Sociedade Europeia de Medicina da Reprodução (ESHRE), colocou a Bélgica, Israel e Holanda, respetivamente, no primeiro, segundo e terceiro lugar da lista, que é finalizada por países como Irlanda, Polónia, Arménia e Albânia, que registaram os resultados mais baixos.

Portugal obteve uma classificação superior a países como o Reino Unido (10.º) ou Espanha (14.º),

mas na avaliação foram excluídos fatores como o tempo de espera para ter acesso a tratamentos através do SNS e a distribuição dos centros públicos de PMA, como explicou Calhaz Jorge à agência Lusa. “O nosso país está muito bem nos parâmetros que foram escolhidos, mas não foram valorizados alguns outros parâmetros práticos, nomeadamente e infelizmente, para nós o pior de todos que são as listas de espera no sector público”, indicou o responsável.

“Um casal que queira reproduzir-se, e que cumpra os critérios para ser aceite numa consulta de infertilidade, tem uns meses largos de espera para poder inscrever-se”, exemplificou o antigo diretor do centro de PMA do Hospital de Santa Maria, admitindo que, entre a consulta e realização de exames e a chamada para primeiro tratamento, resultam “tempos de espera completamente inaceitáveis”.

O especialista em medicina de reprodução dá como exemplo outro fator que poderia colocar Portugal numa posição desvantajosa, caso tivesse sido considerado: o número de dadores de gâmetas no sector público. “Infelizmente não há dadores nacionais, nem de perto nem de longe, que permitam uma atividade muito significativa nessa área”, reforçou, para indicar que se os centros privados de fertilidade têm capacidade para importar óvulos e esperma para realizar tratamentos, “o SNS não tem condições para fazer”.

Realidade e fragilidades

A Fertility Europe e o Fórum Para os Direitos Reprodutivos e Sexuais são claros nas medidas imperativas a serem postas em prática pelos governos europeus. Em primeiro lugar, reconhecer que tentar ter um filho é um direito universal, e ainda que o acesso aos tratamentos de fertilidade seja igualitário, justo e seguro, sem discriminação quanto à situação socioeconómica ou civil dos pacientes, identidade de género ou orientação sexual; que haja financiamento público para todas as linhas de tratamento; que as entidades de saúde pública se envolvam na criação e divulgação de melhor informação sobre fertilidade e infertilidade, e que sejam implementadas campanhas de comunicação para combater o estigma associado a esta realidade.

A desigualdade continua a ser um facto na União Europeia. Segundo Atlas, entre os 43 países analisados, existem quatro sem leis dedicadas às tecnologias de reprodução e dez sem um registo nacional dessas atividades. Outra discrepância é registada quanto ao acesso a tratamentos por mulheres em projeto monoparental ou casais de homens ou de mulheres, quando comparado com o permitido a heterossexuais. Indica o estudo que da totalidade do grupo de países europeus, 41 disponibilizam tratamentos de inseminação com doação de esperma para casais heterossexuais, mas apenas 30 permitem que seja feito por mulheres em projeto monoparental e 19 por casais de mulheres.

O financiamento estatal dos tratamentos de fertilidade continua a ser uma realidade diminuta em contexto europeu. O Serviço Nacional de Saúde português comparticipa um ciclo de três tratamentos de primeira (indução à ovulação e inseminação intrauterina), até aos 42 anos da mulher, e de segunda linha (fertilização in vitro e ICSI), até aos 40 anos. Assim, está entre os 12 países que oferecem até seis ciclos de inseminação intrauterina, e os três que financiam na totalidade até seis ciclos de FIV/ICSI. O Atlas Europeu concluiu que 35 países oferecem apenas parte do valor destes tratamentos.

A questão de apostar na educação sobre fertilidade também foi avaliada e os resultados não podiam ser mais desencorajadores. Apenas a Armênia e o Reino Unido têm um programa organizado pelo Estado que educa os jovens sobre cuidados e desafios de fertilidade. Além disso, apenas 13 países consultaram as associações de doentes, como a APFertilidade, sobre políticas de saúde pública destinadas ao apoio à fertilidade.

De uma forma geral, a análise feita no Atlas Europeu leva a que as entidades responsáveis pela sua realização sublinhem que continua a ser prioritário criar medidas para prevenir a infertilidade e assegurar a igualdade de acesso ao acompanhamento e tratamentos de fertilidade para todas as pessoas em idade reprodutiva, de forma a que a reprodução medicamente assistida fique disponível e acessível na Europa.

À VENDA NA APFERTILIDADE*



Associação Portuguesa de
Fertilidade



*Para comprar envie email para geral@apfertilidade.org

INVESTIGAÇÃO

METFORMINA PODE ALTERAR TERAPÊUTICA CONTRA ENDOMETRIOSE

Diminuir a dor crónica e encontrar uma alternativa à terapêutica hormonal. São estes dois dos principais objetivos de um estudo que está a ser desenvolvido sobre o efeito da metformina na progressão da endometriose e na fertilidade. O fármaco é um antidiabético oral, mas os resultados alcançados em ensaios têm-se mostrado promissores quanto a respostas contra a doença ginecológica que afeta atualmente 10% das mulheres em idade fértil.

“A endometriose caracteriza-se por um crescimento ectópico [fora do lugar] do endométrio [tecido que reveste o útero]. Os sintomas principais são dor pélvica, recorrente e incapacitante, e infertilidade, condições que diminuem muito a qualidade de vida das mulheres e o seu bem-estar. Há dificuldade em controlar a dor e necessidade de interromper tratamentos quando há intenção de engravidar”. O resumo é de Delminda Neves, professora da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), cujo Departamento de Biomedicina está a analisar, com recurso a animais com a doença e estudos moleculares, o efeito da metformina.

No âmbito de um estudo que pretende observar células do endométrio e o tecido adiposo de mulheres com endometriose submetidas a cirurgia, está a ser igualmente avaliado o papel que a metformina pode ter contra a doença, numa colaboração da FMUP com o Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar Universitário de S. João no Porto.

O fármaco é utilizado no tratamento da diabetes tipo 2 e da diabetes gestacional, mas “para além de aumentar a sensibilidade para a insulina e de reduzir a glicemia”, apresenta efeitos diferentes daqueles para o qual o é recomendado, explicou à +Fertilidade a investigadora responsável pela componente de Ciência básica do estudo. Dadas estas características da metformina, já usada no tratamento da síndrome de ovário policístico, há a destacar a sua ação anti-inflamatória e ação antioxidante, e ainda a possibilidade de regular a atividade metabólica do adipócito (célula adiposa) e a secreção de estrogénio no ovário, intervindo na atividade da enzima aromatase, que converte a testosterona em estrogénio.

“Há estudos em modelos animais de endometriose que evidenciam que o tratamento com metformina mitiga o crescimento dos implantes endometrióticos, o que no nosso estudo também verificámos”, partilhou Delminda Neves, sublinhando que após três meses de tratamento com metformina, “os animais com endometriose induzida apresentaram implantes endometrióticos de menor tamanho, menos vascularizados e um menor número de adesões do que os observados em animais não tratados”. Isso levou à conclusão que a metformina ajudou no controlo da progressão da doença em murganhos, os animais utilizados nos ensaios.

Apesar do entusiasmo em torno do estudo,

e a esperança com que está a ser recebido pelas mulheres com endometriose, a equipa de investigação alerta que, por a doença não se manifestar espontaneamente no murganho, “é necessário ser cauteloso na extrapolação dos resultados obtidos experimentalmente para a prática clínica”. Assim, a metformina “não está ainda recomendada no tratamento da endometriose em mulheres”.

Fertilidade pode aumentar

Outro dos registos significativos no estudo, destacou a investigadora, é que a taxa de fertilidade, “avaliada pelo número de crias, aumentou nas fêmeas com endometriose tratadas com metformina relativamente às não tratadas”. Sendo que a infertilidade associada à endometriose se caracteriza pelo crescimento de endométrio ectópico e ainda “aumento de moléculas pró-inflamatórias e pró-oxidativas, desregulação hormonal e imunológica”, Delminda Neves referiu que a metformina “parece intervir” no combate a estes problemas.

A possibilidade de a metformina vir a substituir terapêuticas, principalmente hormonais, que em casos de endometriose regulam a secreção de estrogénio (favorece o crescimento de endométrio ectópico), e cuja toma tem que ser suspensa quando as mulheres desejam engravidar, é outro dos fatores que colocam a substância em destaque. “A metformina, a revelar-se benéfica no tratamento da endometriose, isoladamente, ou em associação com outros fármacos apresenta a vantagem de não necessitar de interrupção na preconcepção e durante a gravidez”, conclui a investigadora. Também pode ajudar a que as doentes deixem de sofrer os efeitos secundários da medicação hormonal, como descontrolo do ciclo menstrual, retenção de líquidos e dores de cabeça.

Em junho, a equipa de investigação estava a desenvolver estudos em murganhos com metformina em paralelo com a análise de tecidos colhidos de pacientes com endometriose seguidas no Centro Hospitalar Universitário de S. João. “Estamos a estudar as vias moleculares associadas à progressão da endometriose e de que forma a metformina

intervém nestas vias. Procuramos, também, biomarcadores da doença, que permitam um diagnóstico mais precoce”, adianta Delminda Neves à +Fertilidade.

A professora da FMUP diz que com a investigação se espera “reunir evidência do benefício do uso da metformina no tratamento da endometriose e no aumento da fertilidade” nas mulheres que sofrem da doença, cujo diagnóstico definitivo é normalmente acompanhado de uma intervenção cirúrgica laparoscópica, que tende a ser realizado quando já há sintomas graves, o que atrasa o diagnóstico e o início do tratamento.

O projeto de investigação, intitulado “Endometriosis - unravelling the intricate crosstalk among endometrium and adipose tissue in the search of novel therapeutic targets”, onde está inserido o estudo com a metformina, foi recentemente distinguido com o Prémio de Investigação da Sociedade Portuguesa de Ginecologia, no valor de 10 mil euros.



ENTREVISTA

“OS QUE SOFREM EFEITOS PRÁTICOS DA APLICAÇÃO DAS LEIS MERECEM SER OUVIDOS”

EURICO JOSÉ MARQUES DOS REIS É UM DOS NOMES INDISSOCIÁVEIS DA PMA EM PORTUGAL. JUIZ DESEMBARGADOR JUBILADO E ANTIGO PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE PROcriação MEDICAMENTE ASSISTIDA (CNPMA), CARGO DO QUAL SE DIMITIU EM 2018, EM PROTESTO CONTRA O ACÓRDÃO DO TRIBUNAL CONSTITUCIONAL DE ABRIL DESSE ANO, É UMA DAS VOZES MAIS ATIVAS QUANTO AOS DIREITOS DAS MULHERES E HOMENS QUE PRECISAM DE APOIO MÉDICO PARA CONSTITUIR FAMÍLIA. ATUALMENTE, É CONVIDADO A ESCREVER OU A ANALISAR ALTERAÇÕES LEGISLATIVAS EM MATÉRIA DE PMA, E FOI NESSE ÂMBITO QUE A +FERTILIDADE COLOCOU ALGUMAS QUESTÕES A EURICO REIS.



+Fertilidade Enquanto um dos nomes ligados à PMA, acompanhou a evolução da legislação desde 2006. Após 16 anos, considera que a lei coloca Portugal num lugar cimeiro? O que nos destaca em relação a outros países?

Eurico Reis Em termos de legalidade estrita, ou seja, considerando apenas o teor dos textos legais aplicáveis, Portugal, face aos outros países do mundo, mesmo em termos europeus, assume uma posição de vanguarda no que respeita à regulação da procriação assistida.

Gostaria de aqui recordar que, de acordo com o que se encontra previsto na Lei n.º 32/2006, de 26 de junho, mesmo na sua versão inicial, embora esteja estabelecido que “as técnicas de PMA não podem

ser utilizadas para conseguir melhorar determinadas características não médicas do nascituro, designadamente a escolha do sexo”, previa-se já, como exceção a essa regra, que as técnicas de PMA poderiam ser usadas com essa finalidade “nos casos em que haja risco elevado de doença genética ligada ao sexo, e para a qual não seja ainda possível a deteção direta por diagnóstico pré-natal ou diagnóstico genético pré-implantação”, e, mais ainda, o que considero de uma enorme e crucial importância, um verdadeiro ganho civilizacional, “quando seja ponderosa a necessidade de obter grupo HLA compatível para efeitos de tratamento de doença grave” - os muito errónea, injustificada e injustamente chamados “bebés medicamento”,

ENTREVISTA

bem como uma generosa possibilidade de os casais inférteis se poderem socorrer de material genético (ovócitos, espermatozoides e embriões) doado.

De igual modo, foi desde o início admitida a possibilidade de, em conformidade com as exigências e nos termos fixados por essa Lei e pelos regulamentos do CNPMA, e após o prévio escrutínio e autorização expressa dessa Entidade Reguladora Nacional, ser realizada investigação científica com recurso a embriões doados para esse fim específico. Curiosamente, ainda nessa versão inicial dessa Lei da PMA, de acordo com uma análise técnica conforme “as regras da arte” dos juristas – que

“Portugal assume uma posição de vanguarda no que respeita à regulação da PMA”

também as temos, como acontece com todas as atividades profissionais -, forçoso se torna concluir que até a então designada “maternidade de substituição” (incorretamente designada, digo eu, porque lhe prefiro a expressão técnica as também humanamente mais acertada de “gestação de substituição”) acabava por ser permitida, ou pelo menos tolerada, na medida em que não estava juridicamente prevista a nulidade do contrato, mas apenas e tão só que a gestante seria sempre a mãe registral da criança nascida (artigo 8º n.º 3) e que quem celebrasse um tal contrato poderia ser penalizado em termos penais (artigo 39º).

Posteriormente, em 2016, com a Lei n.º 17/2016, de 20 de junho, foi alterado de forma radical - mas num sentido que considero positivo - o paradigma ontológico justificativo da aplicação das técnicas de PMA, permitindo o acesso às mesmas aos casais de mulheres, respetivamente casados ou casadas ou que vivam em condições análogas às dos cônjuges, bem como, o que vincadamente sublinho, a todas as mulheres independentemente do estado civil e

da respetiva orientação sexual, o que significa que essas técnicas deixaram de ser apenas um meio de tratamento de doenças, para passar a ser, de igual modo, um procedimento de igualdade e justiça social. Para além disso e no âmbito da sua competência como Entidade Reguladora Independente, o CNPMA aprovou a possibilidade de concretização em casais de lésbicas da chamada fertilização recíproca (ou ROPA), procedimento que permite que a gestação da futura criança ocorra no útero de uma das parceiras o casal sendo o embrião criado com a utilização de ovócito da outra parceira do casal.

Finalmente, ainda em 2016, mediante a aprovação da Lei n.º 25/2016, de 22 de agosto, foi aprovada uma equilibradíssima e ética e socialmente bem fundamentada regulação da gestação de substituição que, se não tivesse sido sabotada (esse é o termo correto) pelos sectores mais ultramontanos e reacionários da sociedade portuguesa, teria permitido a um muito significativo número de casais heterossexuais e de mulheres sem parceiro ou parceira sofredoras de uma horrível situação biológica para a qual nada contribuiram (a total falta de útero ou a incapacidade do mesmo para o cumprimento da sua função procriadora), alcançar a bênção de ter filhos biológicos.

Infelizmente, apesar de, entretanto, ter sido aprovada e promulgada sem ter sido solicitada a intervenção do Tribunal Constitucional, o que sublinho, a Lei n.º 90/2021, de 16 de dezembro, esse desígnio que também reputo de conquista civilizacional da Humanidade ainda está por cumprir. É que essa Lei está ainda hoje por regulamentar, o que significa que os efeitos práticos dessa legislação continuam a não poder ser concretizados em detrimento de todos, que não apenas os beneficiários.

E só espero que nessa regulamentação não prevaleça a mentalidade ultramontana e reacionária que já antes referi e que não seja encontrado algum “pormenor” que frustre o espírito e a própria letra dessa lei (90/2021), impondo uma conceção sinistramente enviesada e redutora do conceito de “beneficiários”, com isso violando o claro e cristalino texto que constitui o artigo 6º da Lei n.º 32/2006, de 26 de julho.

+Fertilidade As medidas legislativas têm sido apresentadas após a audição de entidades e individualidades diretamente ligadas à PMA, como tem sido o seu caso. Considera que têm sido ouvidas as posições essenciais para tornar a lei mais equilibrada e inclusiva?

Eurico Reis Em termos gerais, gostaria que fossem mais e mais atentamente ouvidos aqueles que nós juristas designamos por “destinatários da norma”. Ou seja, as pessoas que sofrem os efeitos horrorosamente indescritíveis da doença que a infertilidade é (e dizer isto é ainda dizer muito pouco, porque, como pai de um filho e avô de uma neta, apenas tento e não consigo imaginar o seu sofrimento, mas apenas sentir solidariedade por esses, em sentido cristão, meus irmãos e irmãs) e as mulheres que, não o sendo, por escolha pessoal que lhes é reconhecida e garantida nas chamadas sociedades ocidentais (isto é, as comunidades que se organizam segundo o modelo do Estado

“[existia] uma equilibradíssima e ética e socialmente bem fundamentada regulação da gestação de substituição”

de Direito), não vivem com um homem (ou seja, em casais heterossexuais).

Aqueles que sofrem os efeitos práticos da aplicação das leis merecem ser ouvidos e com atenção.

Infelizmente, vivemos num mundo em que os “decibéis” e a sobre-exposição mediática valem mais do que a razão. Talvez a razão, como a verdade (que é representada nua e indefesa), tenham de começar a ripostar e a exigir, com mais veemência, que a sua “voz” (ou seja, as suas opiniões e reivindicações) seja ouvida, realmente ouvida, pelos decisores.



ENTREVISTA



+Fertilidade Entre as partes visadas na PMA – beneficiários, dadores, gestante e criança nascida -, existe algum desequilíbrio no respeito aos direitos de cada um? Alguma parte está mais fragilizada que as restantes na lei atual?

Eurico Reis Se bem percebo, a pergunta reporta-se às situações elegíveis para a aplicação do procedimento de gestação de substituição. Circunscrevendo, portanto, a minha resposta ao âmbito dessa matéria, fácil se torna concluir que, perante o desastre resultante do acórdão do Tribunal Constitucional de 24 de abril de 2018, a parte mais “forte” acaba por ser a gestante de substituição e a mais fragilizada é, sem sombra de dúvidas, a criança nascida em consequência desse procedimento. Repare-se na gravidade da situação: face ao acórdão do Tribunal Constitucional, num momento tão crucial

e relevante como é o do nascimento da criança, não existe a certeza necessária quanto à identidade daqueles que irão ser os pais registrais da mesma. De que modo é que esta situação garante ou salvaguarda o superior interesse da criança? A resposta é muito simples: não protege, só prejudica. E prejudica todos. Naturalmente, a Lei n.º 90/2021, de 16 de dezembro, como não podia deixar de acontecer num Estado de Direito, por muito errada que seja a posição do Tribunal Constitucional acerca desta matéria, satisfaz as exigências daquele acórdão. Vamos ver o que acontece no futuro. Mas seria bom que a seleção dos Juízes do Tribunal Constitucional fosse objeto de um maior e mais crítico escrutínio por parte da comunidade. E, a um outro nível, o mesmo deveria acontecer com a

escolha dos membros do CNPMA, que é a Entidade Reguladora do sector.

+Fertilidade É já possível concluir que as alterações legais feitas quanto ao fim da confidencialidade de dadores de gâmetas e embriões, feitas após o chumbo do Tribunal Constitucional, responderam às falhas apontadas pelo acórdão? Ficou pendente alguma questão que possa ser dúbia?

Eurico Reis As alterações legais introduzidas no texto da Lei da PMA respondem integralmente às imposições (o nome adequado é esse) do Tribunal Constitucional. Que isso signifique que nenhum problema existe, é algo muito distinto. Existem e não são poucos.

Também aqui do acórdão do Tribunal Constitucional de 24 de abril de 2018 (repare-se no requinte da data do acórdão - 24 de abril) só resultaram problemas e confusões. E, ao contrário do que aí se “prometia”, continuarão a existir situações em que a identidade civil dos dadores nunca será conhecida.

+Fertilidade No seguimento do chumbo de abril de 2018, após alguma discussão e vários percalços, acabou por ser aprovada e promulgada a Lei n.º 90/2021, de 16 de dezembro, que não foi objeto de veto presidencial. Considera que essa Lei constitui uma boa solução no que concerne às fragilidades apontadas aos direitos da gestante e da criança, na gestação de substituição?

Eurico Reis Em meu entender, o modelo desenhado pela Lei n.º 25/2016, de 22 de agosto, para além de, perfeitamente equilibrado e ética e socialmente justo, era constitucional - e o Senhor Presidente da

República, que é um dos melhores constitucionalistas portugueses, partilhava essa opinião, e tanto assim é que não sujeitou o diploma à fiscalização prévia do Tribunal Constitucional antes de o promulgar.

Esse modelo correspondia até a um desenvolvimento natural e lógico do espírito aberto e humanista que estava subjacente à versão inicial da Lei n.º 32/2006, de 26 de junho.

As propostas que originaram a Lei n.º 90/2021, de 16 de dezembro, e, consequentemente, o texto dessa Lei não alcançam, nem de longe, esse patamar de equilíbrio do modelo que o Tribunal Constitucional impediu que pudesse continuar a ser aplicado (porque o foi durante algum tempo), mas a culpa é do acórdão.

Creio que, com o tempo, e mercê dos efeitos que delas irão resultar, as soluções que esse diploma propõe à comunidade terão de ser corrigidas. Para o bem de todos. E, em minha opinião, irão sê-lo, apesar do estado em que se encontra a situação política portuguesa e internacional, de que a reversão do acórdão do Supremo Tribunal Federal dos EUA *Roe vs Wade* operada recentemente por esse Tribunal Superior é um mero sinal.

E não me refiro apenas a esta maldita pandemia que não desaparece ou à inqualificável invasão da Ucrânia pela Federação Russa. Mas estes atrasos têm, infelizmente, custos emocionais (mas também sociais) pesadíssimos. Lamentavelmente, esse “pormenor” parece ter escapado ali para os lados do Palácio Ratton.

Ainda assim, mantenho a esperança, sem, porém, esquecer que, como disse um famoso jogador de futebol, mais acertadamente do que os brincalhões pensam que o foi, *previsões só no fim do jogo*.

APOIO PSICOLÓGICO

O TRABALHO DE LUTO PELA IMPOSSIBILIDADE DE TER FILHOS



Marta Russo

**Psicóloga clínica e
Psicoterapeuta Psicanalítica**

www.martarusso-psicologaclinica.com

Em março de 2019 foi criado no Facebook o grupo de suporte “Plano B – A vida depois de não (conseguir) ter filhos”, que conta atualmente com mais de 100 membros. A autora desta ideia foi Sara Serrão, uma mulher cheia de coragem e determinação, que procurava reproduzir em Portugal algo que já encontrara noutros países - uma

comunidade de entendimento mútuo e autoajuda, na área da impossibilidade de ter filhos. Convidou a Dra. Ana de Sousa Martins, que pertence ao grupo, na qualidade de psicóloga.

O grupo funciona como um grupo de ajuda mútua não terapêutico, no sentido em que se baseia na mutualidade do tema de não se ser pai ou mãe. A presença de uma psicóloga não torna o grupo terapêutico, sendo a sua presença uma forma de organizador externo, potencial continente de angústias. Ou seja, é o “estar lá”, mas o grupo tem uma vida própria entre os seus membros, com uma autogestão e sem ligações a nenhuma instituição. Tal como diz a descrição do grupo: “O Plano B é um grupo fechado de partilha e suporte para mulheres e homens que sonharam e quiseram ter filhos e não conseguiram concretizar este projeto familiar pelas mais variadas razões: circunstâncias sociais e pessoais, questões de saúde, impossibilidade económica de recorrer a tratamentos de procriação medicamente assistida, insucesso consecutivo em tratamentos.”

O objetivo deste tipo de grupos é o permitir que quem vive uma situação de vida desta natureza, se possa sentir menos só, mais compreendido e que possa também pensar o seu Plano B, ou seja, na sua vida organizada sem filhos, que foram desejados.

O grupo quis distanciar-se das temáticas dos tratamentos de fertilidade, porque não se

trata disso. Aqui, estamos no depois. Depois dos tratamentos, depois das perdas físicas, depois de não se terem criado as condições de vida para que exista um filho. Quando chega, então, o momento do luto. E também depois deste. O que fazer da vida a seguir? Porque a vida tem muitas mais valências do que a de ser pai ou mãe.

Mas vamos então primeiro falar deste luto.

No luto, o indivíduo perdeu alguém ou algo significativo, não necessariamente pela morte. Alguns exemplos de processos de luto na idade adulta são: a reforma, o envelhecer, o mudar de cidade ou país, o terminar de uma relação amorosa. Todas as mudanças importantes na vida de uma pessoa estarão ligadas a um processo de luto.

Em 1925, nos primórdios do conhecimento científico acerca do funcionamento da mente, Freud escreveu em *Luto e Melancolia*: “O luto, de modo geral, é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar

de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém, e assim por diante. Em algumas pessoas, as mesmas influências produzem melancolia em vez de luto; por conseguinte, suspeitamos de que essas pessoas possuem uma disposição patológica. Também vale a pena notar que, embora o luto envolva graves afastamentos daquilo que constitui a atitude normal para com a vida, jamais nos ocorre considerá-lo como sendo uma condição patológica e submetê-lo a tratamento médico. Confiamos em que seja superado após certo lapso de tempo, e julgamos inútil ou mesmo prejudicial qualquer interferência em relação a ele.” Ou seja, o luto consiste num processo natural, pelo qual todos passamos na vida. Neste caso específico, vai ser um luto pelo desejo de um filho, que não se concretizou. Não ter filhos, quando estes são um projeto, provoca uma ferida interna, fica por viver a expectativa de reconhecer o nosso material genético no outro, investir numa criança,



APOIO PSICOLÓGICO



até mesmo a possibilidade existencial que fica comprometida, em termos geracionais. Não damos aos nossos pais um neto/a e isto pode ser vivido de forma muito dolorosa.

Viver este luto leva o seu tempo e tem a sua intensidade e segue-se a possibilidade de investimento noutras áreas da vida. Se pensarmos em termos de espaço interno para o luto e investimento, só quando esta vivência fica completa é que há outra possibilidade de olhar para mais dimensões da vida. A vida não se resume a ser pai ou mãe, no entanto, retirada esta possibilidade, há uma altura em que

isso pode parecer verdade. Se pensamos “tudo o que sempre quis foi ser pai/mãe, agora não me resta nada”, há que encontrar um espaço, depois deste sofrimento natural e necessário, em que podemos ser outras coisas, onde podemos viver outras coisas.

Se este luto normal, se torna patológico, ou seja, se a duração e intensidade são prolongadas, o acompanhamento psicoterapêutico é o caminho para curar a ferida interna. No entanto, o acompanhamento psicológico também é útil para a reorganização da realidade interna de quem vive isto, fora da esfera da psicopatologia.

Paralelamente a esta vivência interna, existem questões da realidade externa, nomeadamente quando todos os amigos/irmãos/primos/colegas já foram ou estão a ser pais, há uma tremenda dor e sentimento de injustiça por não se poder viver algo semelhante.

Quando se chega a uma altura da vida em que se integra a impossibilidade de ter filhos, não há receitas únicas sobre o que fazer. Será útil juntar-se a um grupo como o Plano B, procurar apoio psicológico, viver isto com mais ou menos partilha. Se para uns será importante ficar afastado de festas infantis e chás de bebé, outros há em que viver com proximidade a infância de outras crianças será útil. Cada pessoa traz o seu passado, a sua personalidade e a sua carga emocional para a forma como vai vivenciar isto. Será um caminho individual, diferente para cada um.

Os comentários de outras pessoas ou os seus silêncios sobre o assunto, podem ser avassaladores. A verdade é que se trata de uma realidade muito dura e muitas vezes as pessoas não sabem o que dizer. Optam pelo silêncio, para não se confrontarem com a dor do outro, que pode ser vivida como insuportável. Os comentários menos compreensivos como “pelo menos não perdes noites de sono com um bebé”, são também fruto de uma certa negação (inconsciente), da dor do outro, pela sua incapacidade de ser progenitor. Sem pensar profundamente no assunto, a maioria das pessoas vai reagir conforme o assunto lhes seja mais ou menos sensível.

Não ter filhos vai ter que ser uma questão bem integrada no seu Eu, para que a pessoa possa prosseguir o futuro de forma completa e com

projetos de vida satisfatórios.

A adoção é por vezes apresentada como alternativa, mas não nos podemos esquecer que a adoção é um processo diferente de ter filhos biológicos. É então, uma decisão que está aberta a todas as pessoas, tendo ou não possibilidade de ter filhos biológicos. Deverá ser tratada dessa forma e com esse respeito, e não como a possibilidade limitada a quem não teve filhos, pelos mais diversos motivos.

A dor da impossibilidade de ter filhos é uma dor que une homens e mulheres, mais velhos e mais novos, de todas as classes económicas e sociais. É algo que traz sentimentos de incompreensão por parte da sociedade, vivido muitas vezes com uma grande dor silenciosa. Falamos aqui de quem desejou muito ter um filho e não teve. Seguramente, há sempre um trabalho interno a realizar, diferente para cada um. O trabalho de lidar com a dor da perda do sonho. O desejo que nunca se concretiza. A ferida interna que custa a sarar. É preciso curá-la e permitir que novas possibilidades surjam, mas é inevitável que doa e muito.

A possibilidade de dividir e partilhar a dor, permite a criação de um novo olhar sobre si próprio, por vezes com a identidade de homem ou mulher sem filhos, que não se escolheu, mas que se pode integrar, seguindo em frente. Para quem está nesse processo, deixo a mais profunda palavra de conforto, e o conselho de que busque ajuda psicoterapêutica com um psicólogo credenciado, se se cruzar dentro de si com a ideia de que precisa de encontrar este espaço com um outro, que acolha a sua angústia e a transforme em novos conteúdos internos.

NUTRIÇÃO

RESERVA OVÁRICA E ALIMENTAÇÃO – EXISTE UMA RELAÇÃO?



Marta Magriço

Nutricionista especializada em fertilidade e nutrição materno-infantil

Contactos em [instagram.com/martamagrico/](https://www.instagram.com/martamagrico/) e magricomarta@gmail.com

A reserva ovárica representa a quantidade de folículos presentes nos ovários e a qualidade dos ovócitos produzidos. É, por isso, um importante marcador da fertilidade feminina.

Apesar de todos os folículos serem produzidos durante o momento da gestação, ou seja, quando a mulher se está a formar dentro do útero da sua mãe, existem alterações na qualidade dos mesmos à medida que se envelhece.

É importante esclarecer que a reserva ovárica não depende apenas da quantidade.

Uma mulher poderá ter poucos folículos, mas potenciar a qualidade dos ovócitos ao máximo para aumentar a probabilidade de se alcançar uma gravidez e de diminuir riscos como alterações genéticas.

Então, que marcadores estão disponíveis para avaliar a reserva ovárica? Existem essencialmente três:

- Marcadores bioquímicos: avaliados através de análises ao sangue entre o 2º e 5º dia da menstruação. São avaliadas as hormonas folículo-estimulante (FSH), luteína (LH), estradiol e progesterona. À medida que se vai avançando na idade a tendência é ter um valor de FSH superior

ao valor do estradiol. Um valor baixo de estradiol pode ser um sinal para baixa resposta ovárica. Por outro lado, níveis elevados de LH podem indicar insuficiência dos ovários enquanto níveis abaixo podem indicar um quadro de anovulação.

- Hormona anti-mulleriana (AMH): avaliada através de análise ao sangue, dá-nos a perceção de como poderá estar a reserva ovárica funcional. É produzida nas células da granulosa dos pequenos folículos, tendo função reguladora

na maturação folicular. Relativamente a este marcador, quando ajustado ao fator idade, os níveis de AMH serão mais elevados numa reserva ovárica funcional (exceção feita para os casos de Síndrome dos Ovários Poliquísticos em que níveis muito elevados de AMH não asseguram uma boa reserva ovariana).

- Contagem de Folículos Antrais (CFA): avaliada através de ecografia transvaginal, é definida pelo número de folículos com diâmetro entre 2



NUTRIÇÃO

a 10mm, presentes em ambos os ovários. Antral significa num estágio de desenvolvimento inicial do folículo. Uma baixa CFA é preditor de baixa reserva ovárica e baixa resposta à estimulação.

É preciso considerar que existem diversos fatores que implicam com a saúde hormonal da mulher, e consequentemente com a sua reserva ovárica. No geral, podemos categorizá-los da seguinte forma:

Fatores biológicos

A idade da mulher – à medida que se envelhece há uma alteração no funcionamento dos ovários. Isto porque existe uma diminuição da produção de melatonina (relembrar que o ovário é o órgão com maior número de recetores de melatonina) – que acontece naturalmente com o processo de envelhecimento – e esta diminuição vai ter um impacto negativo não só na qualidade do ovócito como no processo de implantação do embrião, dificultando-o.

Para além do acima referido, à medida que a idade da mulher vai avançando também ocorre uma diminuição da quantidade de antioxidantes presentes nos ovócitos e uma diminuição da quantidade de mitocôndrias.

Qual é a relevância disto? É bastante relevante considerando que os ovócitos concentram o maior número de mitocôndrias no corpo. As mitocôndrias por sua vez são responsáveis pela produção de energia sobretudo durante o desenvolvimento embrionário após a fecundação e pré-implantação.

Neste processo de produção de energia é preciso controlar as espécies reativas de oxigénio que se formam, responsáveis pelo stress oxidativo, quando não está presente um equilíbrio entre estas e os antioxidantes.

À medida que a ideia avança também ocorrem mutações no DNA que prejudica a divisão dos cromossomas e aumenta a probabilidade de malformações fetais.

Fatores genéticos

A idade da mãe na menopausa e casos de menopausa precoce na família são fatores

determinantes – a mulher cuja mãe iniciou o processo de menopausa na 4ª década de vida terá maior dificuldade em engravidar depois dos 35 anos.

Fatores ambientais

Os pesticidas e toxinas ambientais aceleram o processo de envelhecimento e afetam diretamente o ovário. Importa saber que os efeitos sentidos pela exposição aos disruptores endócrinos podem fazer-se sentir por vários anos após a exposição e manter-se para a geração futura (podem ser transferidos da mulher grávida e da mulher que amamenta para o bebé).

Fatores modificáveis

Uma dieta hiperlipídica está associada ao envelhecimento precoce e pode afetar a quantidade dos folículos viáveis (aqueles que vão maturar e tornar-se ovócitos). Um estudo recente reportou uma associação inversa entre a percentagem de energia consumida proveniente de fontes alimentares de gordura com os níveis de AMH.

Relativamente ao peso corporal, em especial a obesidade, que está associada a flutuações no balanço energético, e que por sua vez estão associadas a alterações na função ovariana.

Ainda dentro dos fatores modificáveis, podemos considerar os hábitos tabágicos. Um consumo superior a 10 cigarros por dia está associado a diminuição da reserva ovárica, danos no DNA e stress oxidativo no ovócito e dano nos gâmetas.

Posso fazer alterações na alimentação com impacto positivo na reserva ovárica?

A questão será que o envelhecimento ovariano pode ser alterado através da alimentação ainda continua por responder com precisão. No entanto sim, parece existir uma possibilidade de a ingestão alimentar poder influenciar a reserva ovárica.

Os estudos demonstram que o consumo elevado de hidratos de carbono, gorduras boas, proteína e cálcio reduzem de forma significativa a probabilidade de um declínio rápido da reserva ovárica.

Além disto, as frutas, nomeadamente os frutos

vermelhos, e o consumo de cálcio foram inversamente associados à redução anual da reserva ovárica. Isto é, quanto maior o seu consumo, menor a probabilidade de envelhecimento ovariano precoce.

Por outro lado, o consumo exacerbado de carne, principalmente carnes vermelhas, foi positivamente associado ao rápido declínio da reserva ovárica.

Em relação à alimentação, pode-se falar mais concretamente do papel dos antioxidantes. Estes têm sido positivamente associadas a um risco reduzido de atresia folicular que é a degeneração dos folículos mesmo antes da sua maturação.

Dentro dos vários antioxidantes que temos, destacam-se os polifenóis - um estudo recente demonstrou uma diminuição da contagem de folículos em atresia através do uso do resveratrol; vitamina C, que à semelhança da vitamina E e do selénio, ajudam a proteger as células dos danos provocados pelos radicais livres e apoiam a normal função celular. A vitamina C em específico ainda minimiza os danos no DNA.

Também se destaca o papel preponderante da coenzima Q10 e da N-acetilcisteína (NAC). Ambos têm uma função antioxidante, e como tal tem-se verificado uma redução do stress oxidativo, parecendo melhorar a qualidade da reserva ovariana, assim como o recrutamento folicular.

Nestes casos, deve ser considerada a sua suplementação por pelo menos 3 meses.

Sobre a suplementação em NAC, esta também potencia a ação da glutatona (o maior antioxidante do corpo), que é necessário para a manutenção celular e para a regeneração de hormonas como o

estrogénio, progesterona e testosterona. A glutatona tem a sua concentração máxima no fígado.

Quando se fala do impacto da alimentação na fertilidade, não é possível não falar do metilfolato, forma ativa do ácido fólico, e que é fundamental não só para a maturação folicular como para o correto funcionamento dos mecanismos de reparação do DNA e para a sua replicação.

Atualmente, pensa-se também que a vitamina D tem um papel preponderante na regulação dos níveis de estrogénios, FSH, assim como na foliculogénese, ou seja, no desenvolvimento e maturação de folículos. Um estudo recente forneceu evidência relativamente aos efeitos da suplementação de vitamina D nos valores de AMH, relacionando a mesma com o estado ovulatório da mulher.

Ou seja, a suplementação em mulheres anovulatórias com Síndrome dos Ovários Poliquísticos parecia diminuir os níveis de AMH, enquanto em mulheres ovulatórias sem Síndrome dos Ovários Poliquísticos parecia aumentar os mesmos.

Atenção que a suplementação depende sempre dos níveis plasmáticos da vitamina D e não é igual para todas as mulheres.

Portanto, e para concluir, uma alimentação o menos processada possível, mais diversificada, com elevado consumo de frutas e vegetais, boas gorduras, hidrato de carbono complexos, juntamente com uma suplementação adequada e ajustada a cada caso parecem ter um impacto muito positivo na manutenção de uma boa reserva ovárica.

TESTEMUNHOS

LEA NASCEU DA MAMÃ CARLA E DA MAMÃ ANDREIA



A nossa história de amor começou em novembro de 2016, vivíamos a 5 minutos de distância e não nos conhecíamos, mas o destino tratou dessa parte. Foi amor na primeira troca de olhares mais atentos, onde se juntaram meia dúzia de palavras.

Em dezembro de 2018 o nosso relógio biológico começou a falar mais alto e demos início ao processo para sermos mães. Seria em primeiro lugar eu, Carla,

a engravidar por diversos motivos, sendo que o principal foi pelo facto de ser mais velha.

Começamos por nos dirigir ao médico de família, fizemos todos os exames e fomos encaminhadas para os Hospitais Universitários de Coimbra, para a consulta de infertilidade.

Em março de 2019, fomos chamadas para a consulta no hospital. Fizemos diversos exames

em Coimbra, onde viemos a descobrir que eu, Carla, tenho as trompas obstruídas, ou seja, uma inseminação artificial não resultaria e teríamos que fazer uma FIV (fertilização *in vitro*). Foi uma total surpresa receber esta notícia, pois nunca imaginamos que pudéssemos ter um problema de fertilidade.

Sáímos do hospital de Coimbra inscritas na lista de espera para a FIV, mas logo nos alertaram para o facto de a lista de espera para dador de esperma ser grande e demoraria, na melhor das hipóteses, dois anos até sermos chamadas.

Esta notícia deixou-nos um pouco abaladas. Dois anos pode não parecer muito, mas sabemos que no corpo de uma mulher é muito tempo. Não baixámos os braços e com a ajuda de família e amigos ficamos a conhecer a Clínica de Fertilidade Procriar no Porto. Marcamos a primeira consulta e expusemos o nosso caso à Dra. Joana Mesquita Magalhães. Ficámos logo encantadas com o seu profissionalismo e o seu lado humano. Não tivemos dúvidas. Era ali que queríamos fazer o nosso tratamento.

A Dra. Joana, depois de ver os nossos exames e ver que tínhamos que recorrer a uma FIV para sermos mães, explicou-nos o tratamento de maternidade partilhada, que encaixou em nós como uma luva. O tratamento maternidade partilhada consiste em retirar os óvulos de um dos elementos do casal, no nosso caso seria da Andreia, para depois serem fecundados em laboratório com esperma de dador. Posto isso, são inseridos no útero do outro elemento do casal, no nosso caso em mim, Carla. Este processo envolve os dois elementos do casal e a Dra. Joana garantiu que tínhamos todas as condições para ter sucesso.

Depois de mais exames e análises iniciamos o tratamento em novembro de 2019. A Andreia teve que fazer durante uns dias umas injeções na barriga para conseguirmos obter o maior número de óvulos possíveis. Fomos tento sempre ecos na Procriar para registar a evolução e ajustar a medicação, se fosse necessário. E chegou um dos dias mais importantes no tratamento, a punção da Andreia. Estes óvulos foram logo inseminados em laboratório e, nesse mesmo dia, eu iniciei a minha fase do tratamento

que consistia em comprimidos por via oral e vaginal para preparar o útero. Todos os dias recebíamos uma chamada da Procriar para dar conhecimento da evolução dos nossos embriões.

Cinco dias depois da punção chegou o segundo momento mais importante deste tratamento, a transferência. Transferimos um embrião que parecia perfeito, como disse a Dra. Joana. Feita a transferência, a ansiedade era muita, aguardávamos a análise para saber se estávamos grávidas. Nesses dias de espera existiu muito repouso, bebi muita água e fiz uma alimentação cheia de nutrientes importantes. Passados 12 dias, fizemos o teste de gravidez, fizemos uma análise ao sangue, mas não aguentámos a espera e fizemos também um teste de farmácia. O teste de farmácia deu positivo e subimos ao céu, estávamos grávidas!

Ao fim da tarde veio o resultado do teste ao sangue e voltamos à terra, tínhamos uma gravidez bioquímica, ou seja, o meu corpo iniciou o processo



TESTEMUNHOS

da gravidez por isso é que o teste da farmácia tinha dado positivo, mas depois não conseguiu manter a gravidez. A hormona que indica uma gravidez tinha um valor muito baixo.

Não baixamos os braços e tivemos nova consulta na Procriar, onde nos deram toda a força para tentar novamente porque ainda tínhamos embriões criopreservados. Assim, depois de passar um ciclo de menstruação decidimos tentar novamente. No dia 27 de janeiro de 2020 fizemos uma nova transferência, de uma estrela brilhante como chamou a Dra. Joana ao nosso embrião.

Novamente dias de espera, dias de ansiedade... passados 13 dias, fizemos o teste de sangue, ponderamos fazer também o teste de gravidez da farmácia, mas tendo sempre na memória que esses testes não são a certeza de nada. O teste da farmácia deu positivo mas desta vez não festejamos, esperamos ansiosamente pelo teste ao sangue. Consultávamos o nosso e-mail minuto a minuto, até que chegou. Aquela hormona tinha um valor alto de 400, mas não quisemos festejar até ligar para a Procriar.

Assim que dissemos o valor das análises deram-nos os parabéns, íamos realmente ser mããs... Festejámos e choramos de felicidade.

Continuamos sempre a ser acompanhadas na Procriar e a eco onde ouvimos o coração pela primeira vez foi o melhor momento. Ainda tivemos um susto pois numa noite perdi um pouco de sangue e entramos em pânico, fomos imediatamente às urgências, mas estava tudo bem, apenas teria que repousar muito.

A nossa história no caminho da fertilidade teve

sorrisos e choros, mas principalmente teve um final feliz: uma princesa que nasceu dia 24 de setembro de 2020, às 23:26h.

A nossa Lea resolveu que queria nascer às 37 semanas e assim foi. A mamã Carla esteve quase todo o tempo sozinha, pois a mãe Andreia só pode entrar no período de expulsão, ou seja, quando a mamã Carla já estava com 8 cms de dilatação. Foi muito difícil para a mãe Andreia deixar-nos nessa noite, pois só voltaríamos a estar juntas no dia 30, quando tivemos alta.

A nossa filha nasceu perfeita. Agora já está com quase 2 anos e é a estrela dos nossos olhos. Aprendemos todos os dias com ela.

Para quem possa ter dúvidas de como irá a criança diferenciar as duas mães, a nossa Lea sempre nos diferenciou muito bem e ela própria definiu nomes para nós, sendo assim eu sou a mamã e a mãe Andreia é a mãe.

Cada dia na maternidade é uma aventura, mas a maior e melhor aventura das nossas vidas, a Lea é uma bebé sorridente que adora animais, água, ir ao parque, explorar o mundo que a rodeia, comer, ouvir histórias e muitos mimiños.

A nossa Lea é muito amada e filha de duas mães que fizeram igualmente parte do processo. Ainda temos dois embriões na Procriar e já estamos a fazer planos para darmos um irmão ou irmã à nossa estrelinha, como carinhosamente a chamamos.

Para quem ainda está neste caminho, os sonhos são possíveis e podem-se tornar reais. Não desistir e acreditar é a nossa mensagem. O caminho não é fácil, mas o amor que vos espera no fim faz superar qualquer dificuldade porque possam ter passado.



TESTEMUNHOS

NÃO TINHA QUE TER SOFRIDO ATÉ AOS 22 ANOS



O meu nome é Sara e tenho 24 anos e sempre tive uma ideia muito clara quanto à maternidade. Quando eu e a minha prima fazíamos o típico jogo do "Com que idade te vais casar? Qual vai ser o nome do teu amor? Com que idade queres ser mãe?", lembro-me vividamente que queria ser mãe aos 22. Na minha cabeça de 6 anos, aos 22 já era muito mais velha e já fazia sentido ser mãe com aquela idade, já tinha de ter casado e ter tido filhos. É claro que depois cresci e essa ideia desvaneceu-se um pouco. Mas sempre quis ser mãe jovem. A ironia é que aos 22 anos ia levar um grande chapadão da vida, mas já lá vamos.

Sempre tive o instinto maternal dentro de mim. Quando a minha irmã mais nova nasceu tinha 5

anos e, na minha inocência, tinha a certeza que iria protegê-la do mundo, como uma mãe faz por um filho. Quando se trata dela, sempre fui como uma leoa a defender a sua cria, mesmo ela sendo "apenas" minha irmã e mesmo tendo uma relação mais que saudável com a nossa mãe.

Brincávamos muito com bonecas. Não só eu e a minha irmã mais nova, mas com a irmã mais velha também. Uma das memórias mais felizes da minha infância envolve-nos às três. A minha irmã mais velha era a pediatra, a minha irmã mais nova era a minha filha mais velha (sendo o meu filho mais novo um dos meus bonecos) e eu era a mãe. Esse boneco é o único que ainda está no meu quarto, na casa da minha mãe. Tem uma cruz na parte de trás, que a

pseudo-pediatra da minha irmã fez, quando me deu a fatídica notícia que o meu pseudo-bebé teria de ser operado naquele local com urgência. O drama, meu Deus!

Outra memória que tenho é de ter a minha mala de maternidade com biberões, chupetas, roupa de 300 bonecas e usar os panos de cozinha da minha mãe como fraldas. Lembro-me de quando ia para casa da avó, fazia questão de levar a roupa das 300 bonecas para a lavar no meu tanquinho, enquanto a avó lavava a roupa no tanque dela.

Que saudades de ser criança!

Quando me tornei mulherzinha, sempre tive dores durante a menstruação. Recordo-me de uma vez estar na escola, e estar com tantas dores que estava pálida, e a suar frio e sentei-me no chão, porque era a posição mais confortável em que conseguia estar. Uma professora passou por mim e perguntou-me o que se passava. Tive vergonha de dizer. "É o período, não é?" Apenas acenei que sim com a cabeça. "Oh minha querida, ainda tens tanto que sofrer."

Hoje sei que não tinha que ter sofrido com as dores até aos meus 22 anos. Não é normal ter dores a ponto de suar frio e sentar-me no chão! Mas eu não sabia disso. Ouvia sempre que era algo normal e que ia ter de aguentar durante um belo tempo.

Dado que sempre fui uma menina tímida, a primeira vez que fui a um ginecologista tinha 22 anos. Sim, é tarde. Muito tarde. Fui porque tinha perdas de sangue. Mas sentia que a minha saúde já não era a mesma há algum tempo. Quando fui ao médico o que me foi dito foi "se não estás grávida isso é preguiça, do calor". Uma noite estava a dormir bem quando senti algo molhado na minha coxa. Levantei-me assustada e o meu namorado levantou-se comigo e acendeu a luz. Olhei para baixo e vi um fio de sangue a manchar-me o pijama. Fiquei tonta. Ele pegou-me ao colo, e levou-me para a casa de banho. Não fui ao hospital. Fui adiando, pela vergonha que tinha. Fui adiando até o meu namorado dizer que ou eu marcava a consulta ou ele me levava a força.

Resumindo um pouco a história, mais tarde fui diagnosticada com cancro de ovário (e também

descobri ter endometriose). Um tumor seroso de baixo grau. Raro. Fui operada duas vezes. Na primeira tiraram-me o ovário doente e da segunda fui aconselhada a tirar o ovário esquerdo e o útero, sem hipótese de preservação de fertilidade. O meu mundo caiu. Não ia ser uma mulher inteira. Não havia razão para alguém querer ficar comigo o resto da vida, porque eu não ia poder gerar. Procurei por todo o lado, pedi opiniões internacionais até, mas a resposta era sempre a mesma.

Nessa altura ouvia comentários como: "Eu também tirei e estou viva", "Adotas uma criança, não é o fim do mundo". Era o fim do meu mundo, do meu sonho, do nosso sonho. Meu e do Fábio. No dia antes de aceitar a cirurgia, tive uma conversa muito séria com ele, sobre o nosso futuro. E ele nunca me largou, mesmo que eu lhe tivesse dito para o fazer. Agora sei que o que importava naquele momento era a minha vida e a minha saúde. Mas tenho a certeza que todas as mulheres que lutam ou já lutaram contra a infertilidade me entendem.

Fui operada a 8 de setembro de 2020, para retirada do útero e do ovário e de todos os órgãos que tivessem algum vestígio de doença. Na biópsia, para além do cancro, vinha escrito: "focos de endometriose". Afinal as dores tinham razão de existir. Não era normal. Quando acordei da cirurgia, não comeci a chorar, não me senti mal. O choro só veio uns dias depois, quando via bebês, crianças, grávidas...

Ainda hoje reconheço a dificuldade que é saber que fulanos vão ser pais, que é segurar um bebé no meu colo. Até aqui, só consegui segurar dois. É um misto de felicidade e emoção com tristeza e dor porque engravidar é algo que nunca poderei fazer. Muitas vezes choro porque me sinto culpada por não sentir só felicidade, mas hei-de lá chegar.

Aprendi que tudo isto não significa que não vou ser mãe. Não é de um dia para o outro que conseguimos perceber isso. É fruto de muito trabalho, muita terapia, muito apoio dos meus... Que se eduque as meninas de que ter dores menstruais não é normal e que ser mãe é muito mais que engravidar, que nunca nos esqueçamos disso!

APFERTILIDADE EXPLICA...



Junho foi o mês da Conscientização da Fertilidade e a APFertilidade assinalou o momento com o lançamento de três vídeos para falar das questões mais importantes sobre a saúde reprodutiva da mulher e do homem, e como podem prevenir e preservar a sua fertilidade.

O objetivo foi explicar, numa conversa com três especialistas, os passos a dar quando se pensa engravidar, quando se registam dificuldades em conseguir uma gravidez, que exames existem para avaliar o sistema reprodutivo, ou que comportamentos e decisões podem ser tomados de forma a prevenir ou preservar a fertilidade, neste caso, após se enfrentar um problema de saúde que a possa comprometer no futuro.

Fertilidade feminina

A primeira conversa foi dedicada à fertilidade feminina e contou com a ajuda da diretora do Centro de Infertilidade e Reprodução Medicamente Assistida (CIRMA) do Hospital Garcia de Orta, em Almada. No vídeo, Isabel Simões Reis fala sobre a importância da idade da mulher, da existência ou não de uma doença antes de uma tentativa de gravidez, influência de hábitos de vida e de consumo, exames ginecológicos e a relação de confiança e responsabilidade entre médicos e pacientes.



[Ver aqui](#)



[Ver aqui](#)

Fertilidade masculina

A APFertilidade falou ainda com Nuno Louro, urologista no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António, sobre infertilidade masculina. Estando na origem de metade dos casos de infertilidade no casal, o especialista explica que exames médicos o homem pode realizar após tentativas falhadas de gravidez ou a importância dos cuidados alimentares e abstenção de hábitos tóxicos. Nuno Louro sublinha ainda o peso da palavra “culpa” quando o problema é do homem e o impacto que os problemas de fertilidade têm na ideia de masculinidade.

Preservação da fertilidade

A preservação da fertilidade esteve também em destaque, com Ana Teresa Almeida Santos, diretora do Departamento de Ginecologia, Obstetrícia, Reprodução e Neonatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, e do Centro de Preservação da Fertilidade, na mesma unidade, a explicar como é feita a preservação na mulher e no homem, em que casos acontece e o que se pode esperar para a concretização de um projeto de parentalidade no futuro, seja por consequência de doença oncológica ou adiamento da maternidade.



[Ver aqui](#)



Associação Portuguesa de
Fertilidade

www.apfertilidade.org