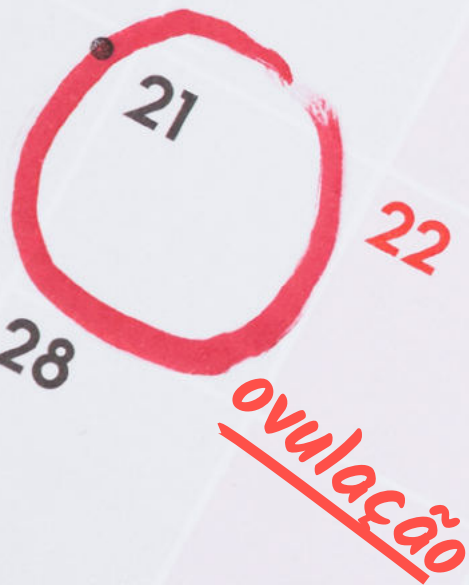


+ Fertilidade

magazine

EDIÇÃO 8 | OUTUBRO 2022



Associação Portuguesa de
Fertilidade

ÍNDICE

4

EDITORIAL

- NOVO ANO COM PMA A CHEGAR A SUL

6

NOTÍCIAS

10

ARTIGOS

- SÍNDROME DO OVÁRIO POLIQUÍSTICO E GRAVIDEZ? SIM É POSSÍVEL!
- PERDER UM FILHO NA GRAVIDEZ, UM LUTO SILENCIOSO

16

INVESTIGAÇÃO

- DESCOBERTA PROTEÍNA QUE AJUDA UNIÃO DE ESPERMATOZOIDE AO ÓVULO

20

ENTREVISTA

- "É PRECISO SIMPLIFICAR A LINGUAGEM" EM SAÚDE

24

APOIO PSICOLÓGICO

- PERDA GESTACIONAL, UMA PERDA COM MUITAS PERDAS DENTRO DE SI

28

NUTRIÇÃO

- A IMPORTÂNCIA DA ALIMENTAÇÃO NA SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLIQUÍSTICOS

32

TESTEMUNHOS

- "PRECISAMOS DE DESMISTIFICAR A INFERTILIDADE"

38

APF EXPLICA...

- MICROINJEÇÃO INTRACITOPLASMÁTICA DE ESPERMATOZOIDES (ICSI)

40

PROTOCOLOS

EDITORIAL

NOVO ANO COM PMA A CHEGAR A SUL



Estamos a dois meses do final de 2022, um ano em que a normalidade regressou aos poucos, depois de uma pandemia que suspendeu a vida de quase todos e que deixou as unidades de saúde familiar e hospitalares com dificuldades de resposta, das quais ainda muitas não recuperaram.

A procriação medicamente assistida foi uma das áreas da medicina que sofreu um impacto negativo, agravando um panorama já de si fragilizado e com uma recuperação lenta e incapaz de responder às necessidades dos beneficiários, não apenas ao nível dos tratamentos, mas do apoio emocional. Este cenário mantém-se, infelizmente, e para tentar minimizar a dificuldade de um caminho complicado, nem sempre compreendido pela sociedade, ou mesmo amigos e família, a APFertilidade decidiu disponibilizar uma consulta online de Psicologia, gratuita, destinada aos associados com quota ativa.

Desde 9 de setembro que Ana Galhardo, psicóloga clínica e coordenadora da rede de apoio psicológico da associação, durante uma consulta de uma hora, ajuda a dar os primeiros passos para que a jornada de luta pela fertilidade possa ser feita com bases emocionais mais sólidas, um ponto de partida que pode continuar através de uma das outras psicólogas da rede da APFertilidade.

Apesar do cenário ainda cinzento do apoio à fertilidade no Serviço Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde, ainda tutelado por Marta Temido, anunciou um investimento de 8 milhões de euros para a aquisição de equipamentos e contratação de especialistas em saúde reprodutiva e garantiu ainda que, em janeiro de 2023 o centro de procriação medicamente assistida (PMA) no Algarve vai abrir portas.

A APFertilidade saúda o anúncio do secretário de Estado, mas não pode deixar de lamentar que

continue por haver uma aplicação alargada das sugestões deixadas pelo grupo de trabalho para a PMA, do qual a associação fez parte, para reduzir os tempos de espera e aumentar a capacidade de resposta do público. Em abril próximo passam dois anos sobre o trabalho desenvolvido por especialistas de PMA e outras entidades a ouvir nesta matéria.

Outra questão que continua sem uma resposta definitiva é a data para a regulamentação da Gestação de Substituição. Entregue o relatório no gabinete da então ministra da Saúde, Marta Temido, e após a passagem de pasta para Manuel Pizarro, o ministério nada avança sobre o relatório preparado pela comissão que o próprio decidiu criar. Ao pedido de esclarecimento da APFertilidade sobre esta questão, o gabinete do ministro da Saúde respondeu apenas que o relatório está “em fase de apreciação”.

Na reta final de 2022 e com um Ano Novo a arrancar com a abertura de um centro de PMA no Algarve, o primeiro a existir na zona sul do país, a APFertilidade caminha até dezembro com o lançamento de uma campanha, cujos pormenores iremos revelar em breve, e com a preparação de atividades que pretendem tornar 2023 como um ano em que a saúde reprodutiva tem de subir nas prioridades governativas. Deixamos, entretanto, esta 8.ª edição da +Fertilidade para o qual contribuíram profissionais que querem ajudar a esclarecer e a informar e pessoas cuja experiência é motivadora e cúmplice de tantos dos que nos leem e procuram.

Obrigado por estar desse lado, obrigado pela confiança. Um bom 2023!

NOTÍCIAS

APFERTILIDADE OFERECE CONSULTA GRATUITA DE APOIO PSICOLÓGICO AOS ASSOCIADOS

O apoio psicológico é fundamental num caminho de luta pela fertilidade. O impacto de um diagnóstico e da indicação médica para a realização de um tratamento para o tentar ultrapassar é muito significativo no bem estar psicológico de mulheres e homens. A descoberta de dificuldades em ter um filho constitui-se, na maioria das vezes, como uma situação inesperada que gera ansiedade e stress, seja a nível individual, como na dinâmica do casal.

De forma a ajudar a que o processo não seja tão doloroso e a encontrar ferramentas e estratégias que possam ajudar nessa jornada, a APFertilidade avançou com uma sessão gratuita de apoio psicológico para os associados com quota regularizada, a acontecer sempre às sextas-feiras. As primeiras consultas decorreram no dia 9 de setembro, e, até ao fecho desta edição, a psicóloga e coordenadora da rede de apoio psicológico da APFertilidade, Ana Galhardo, já tinha realizado mais de 15 sessões.

O objetivo desta primeira consulta é avaliar o estado emocional e as fragilidades que a pessoa apresenta, para que depois seja encaminhada para um psicólogo da rede de apoio e continuar a ter acompanhamento, se assim o entender.

Cláudia Vieira, presidente da APFertilidade, sublinha que a iniciativa vai “garantir que os associados têm apoio com psicólogos especializados na área da fertilidade e consigam gerir melhor as suas emoções, no sentido de a sua jornada, independentemente do momento em que se encontra, não seja tão solitária e dolorosa”.

A rede de Apoio Psicológico da APFertilidade é formada por profissionais que se focam nas dificuldades relacionadas com a infertilidade. Os associados beneficiam de condições especiais no acesso a estas consultas, no âmbito de protocolos estabelecidos com os psicólogos.

Para marcar uma consulta deve ser enviado e-mail para geral@apfertilidade.org.

PMA REFORÇADA COM OITO MILHÕES DE EUROS

Oito milhões de euros a aplicar na procriação medicamente assistida e cuidados de saúde reprodutiva na zona sul do país. Foram estes os dois principais compromissos assumidos pelo anterior secretário de Estado Adjunto e da Saúde, António Lacerda Sales, numa audição em comissão parlamentar decorrida em julho.

A 10 de outubro, o Governo apresentou a proposta de Orçamento do Estado para 2023, onde para a área da Saúde incluiu “promover o acesso à procriação medicamente assistida (PMA)”. Antevendo parte do que esse processo irá contemplar, Lacerda Sales, substituído no cargo por Ricardo Mestre em setembro, explicou que com este investimento na PMA passam a existir “condições para que um aumento de capacidade de resposta permita mais equipamentos e justifique ter mais especialistas”.

A abertura de um centro de PMA no Algarve, que eleva para dez o número de centros de fertilidade públicos em Portugal, vai contar com um investimento de mais de 690 mil euros em equipamento e a contratação pública de outros, bem como com a contratação de três especialistas em saúde reprodutiva, sem especificar.

A criação de um centro de PMA na zona do sul do país é uma das necessidades prioritárias que a APFertilidade tem levado junto dos grupos parlamentares e tutela, dada a total ausência de resposta do SNS nesta área para os beneficiários do Alentejo e Algarve. Atualmente, mulheres e casais que precisem de apoio à fertilidade são encaminhados para as unidades de Lisboa, Centro ou mesmo Norte do país.

Apio Psicológico para Associados

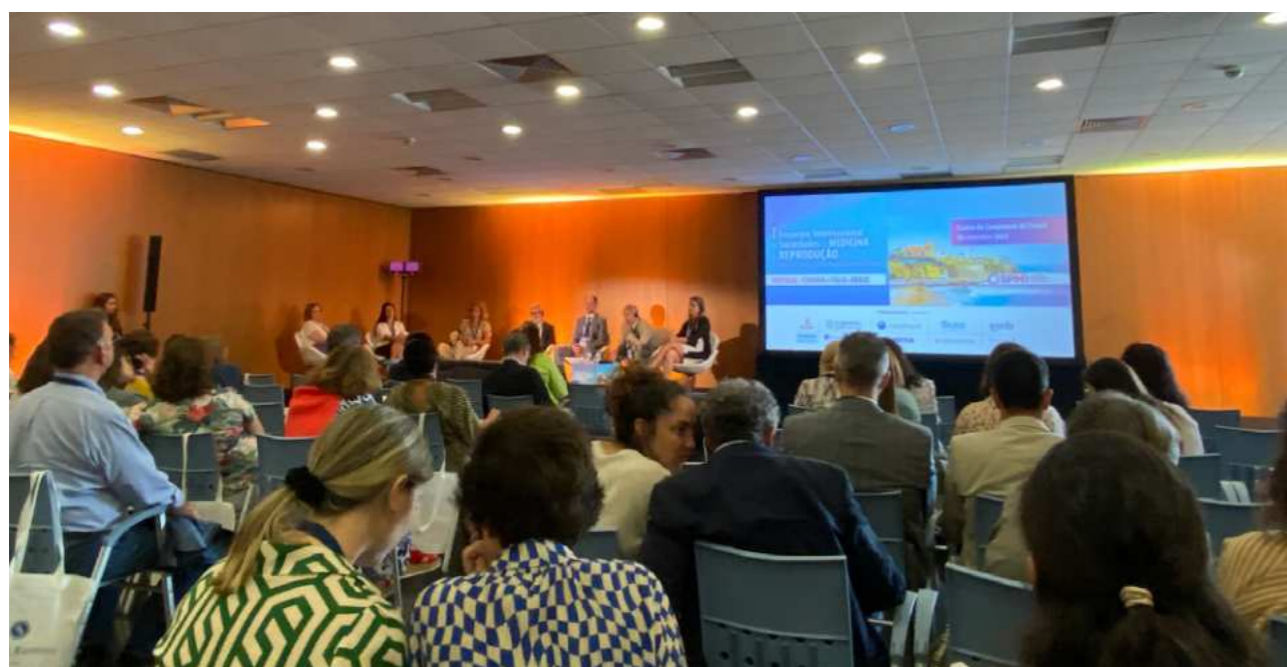
PRIMEIRA CONSULTA online gratuita com:

Ana Galhardo
Psicóloga Clínica e coordenadora da rede de apoio psicológico da APFertilidade

Associação Portuguesa de Fertilidade

NOTÍCIAS

ESTORIL RECEBEU I ENCONTRO INTERNACIONAL DE SOCIEDADES DE MEDICINA DA REPRODUÇÃO



Portugal, Espanha, Brasil e Itália foram os quatro países de origem dos especialistas que participaram, a 8 de setembro, no Centro de Congressos do Estoril, no I Encontro Internacional de Sociedades de Medicina da Reprodução.

Organizada pela Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução (SPMR), a iniciativa, à qual a APFertilidade assistiu, reuniu profissionais da área da saúde reprodutiva, com o objetivo de analisar a realidade vivida em casa um dos quatro países quanto ao acesso ao apoio à fertilidade, os tratamentos realizados, o funcionamento do respetivo sistema nacional de saúde e da resposta dada pelo setor privado, tendo em conta a situação social, cultural e legal.

Além de elementos da SPMR, o encontro contou com a presença de especialistas da Sociedad

Española de Fertilidad, Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida, Sociedade Brasileira de Reprodução Humana, Sociedade Brasileira de Urologia (Secção de São Paulo), Società Italiana Di Fertilità e Sterilità e Medicina Della Riproduzione e Istituto Superiore di Sanità.

Nos dias 9 e 10 de setembro, decorreu o 1st Poseidon's World Conference: The Low-Prognosis Patient In ART, um evento dinamizado pela Sociedade Brasileira de Urologia que teve como propósito encontrar caminhos para melhorar os resultados de tratamentos de fertilidade, nomeadamente os que podem revelar, numa primeira abordagem, uma percentagem mais reduzida de sucesso após técnicas como a fertilização in vitro.

GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO HÁ QUASE UM ANO PARA SER REGULAMENTADA

A dois meses de se assinalar um ano sobre a alteração do regime jurídico aplicável à gestação de substituição, numa lei que entrou em vigor em janeiro de 2022, não há registo de avanços para a sua regulamentação, passo obrigatório para que esta alternativa à maternidade volte a ser uma realidade no país.

Depois de ter sido entregue o relatório de uma comissão de especialistas criada a pedido do Ministério da Saúde para a criação da regulamentação da nova lei da gestação de substituição, a 30 de junho, o gabinete então tutelado pela ministra Marta Temido e recentemente pelo sucessor Manuel Pizarro indica que o documento continua em análise.

Foi isso que respondeu por email, a 4 de outubro, a um pedido de esclarecimentos enviado pela APFertilidade a 14 de julho. De acordo com a nota do gabinete do ministro Manuel Pizarro, por tratar-se de uma “matéria de significativa complexidade técnica” foi decidido “nomear uma comissão, com intervenção de vários peritos, para proceder à elaboração da proposta de regulamentação”. Assim, neste momento, a proposta do anteprojeto de diploma está em “fase de apreciação”, sem que haja indicação de um prazo possível para que esse processo seja terminado.

Enquanto não ficar concluída a regulamentação da lei, não pode ser apresentada qualquer candidatura à gestação de substituição junto do Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida, órgão que, em conjunto com a Ordem

dos Médicos e a Ordem dos Psicólogos, irá decidir sobre a viabilidade ou não de cada processo.

A gestação da substituição está suspensa desde Abril de 2018, quando o Tribunal Constitucional declarou inconstitucionais algumas normas da Lei da PMA, nomeadamente a impossibilidade da gestante se arrepender de entregar a criança ao casal após o parto. Por ter sido considerado que não era reconhecido o direito ao arrependimento, as candidaturas foram extintas. Perante a ausência de um suporte legal para que os processos avançassem, os grupos parlamentares ficaram com responsabilidade de apresentarem propostas para uma nova legislação. Da Comissão de Saúde acabou por sair um texto final onde eram respondidas as preocupações do Tribunal Constitucional, incluindo o direito ao arrependimento da gestante em entregar a criança ao casal até 20 dias após o parto, prazo legal para o registo do bebé.

Em julho de 2019, a proposta foi aprovada na Assembleia da República. Porém, a norma que determinava o arrependimento da gestante foi vetada. A sua exclusão tornou a lei incompleta e inconstitucional. Após apreciação pelo Presidente da República foi devolvida ao Parlamento. Depois de nova redação da proposta, esta foi submetida a votação, aprovada e promulgada. Foi publicada em dezembro de 2021 a Lei n.º 90/2021, que altera o regime jurídico da gestação de substituição. Entrou em vigor no dia 1 de janeiro de 2022, mas continua a aguardar regulamentação pelo Governo.

ARTIGOS

SÍNDROME DO OVÁRIO POLIQUÍSTICO E GRAVIDEZ? SIM É POSSÍVEL!



Catarina Godinho
Ginecologista e especialista
em Medicina da Reprodução
Clínica IVI

Muitas mulheres e muitos casais questionam se é possível engravidar após um diagnóstico de Síndrome do Ovário Poliquístico (SOP). As dúvidas e as angústias são legítimas. Afinal, esta síndrome pode afetar a fertilidade da mulher. Mas, tal não significa o fim do sonho da maternidade. Com o

tratamento e o acompanhamento médico adequado é possível engravidar.

A SOP afeta entre 10% a 15% das mulheres em idade fértil, com maior impacto nas que sofrem de excesso de peso ou de obesidade. É uma patologia complexa que pode ser identificada através de um conjunto de sinais e sintomas, causados pelo desequilíbrio hormonal dos ovários.

A maioria das mulheres diagnosticadas com SOP (cerca de 70 a 80%), sofre de alterações no ciclo menstrual, nomeadamente ciclos menstruais longos, ausência de menstruação ou de ovulação. Outro dos indícios desta síndrome é o hiperandrogenismo, que se manifesta através de alguns sinais visíveis como o crescimento de pelos em zonas mais comuns aos homens, o aparecimento de acne grave e alopecia.

Como já referi, a infertilidade é uma das possíveis consequências da SOP: estima-se que cerca de 70% das mulheres diagnosticadas com esta síndrome têm dificuldade em engravidar, condição que poderá ser agravada, se a doente sofrer de excesso de peso. Portanto, se a mulher apresenta excesso de peso, o primeiro passo é perder peso.

Apesar de não existir uma cura para a SOP, a doença pode ser tratada e controlada. É

recomendada a prática de um estilo de vida saudável, através de uma dieta equilibrada, não só para controlar o peso, como para prevenir doenças cardiovasculares e diabetes, uma vez que estas mulheres são mais suscetíveis a estas patologias. A atividade física moderada também é importante porque pode ajudar a regular os ciclos menstruais.

O diagnóstico precoce e o acompanhamento médico especializado e multidisciplinar são fundamentais, com vista a encontrar o tratamento adequado a facilitar uma gravidez e evitar complicações na gestação. Este diagnóstico carece de uma análise específica que permite determinar a presença desta patologia. No entanto, se a paciente apresenta alterações ao ciclo menstrual, o profissional de saúde deverá complementar o diagnóstico através da avaliação da história clínica e dos sinais e sintomas que a mulher tem.

A realização de uma ecografia ginecológica transvaginal no início do ciclo menstrual é um exame importante para o diagnóstico desta síndrome, pois permitirá observar as características próprias dos ovários poliquísticos como a dimensão dos ovários, o número de folículos e se há o crescimento de um folículo dominante. Simultaneamente, o médico especialista deverá estar alerta para os níveis hormonais de androgénios, e ainda solicitar uma análise sanguínea hormonal para efeitos de controlo dos níveis do colesterol, dos triglicéridos e da resistência à insulina.

Feito o diagnóstico, e no caso de ser necessária ajuda médica para engravidar, o tratamento será aquele que for mais indicado para cada paciente. Em algumas mulheres pode ser necessário induzir a ovulação recorrendo a medicação que estimula o crescimento do folículo até à ovulação, o que requer controlo ecográfico. Se após algumas tentativas de indução de ovulação, não acontecer a desejada gravidez, ou se não se obtiver uma resposta ovárica

adequada, pode haver necessidade de recorrer à fertilização in vitro onde é possível aumentar a probabilidade de uma gravidez e avaliar a qualidade dos óvulos e embriões.

Como nota final, relembro que as mulheres com SOP, quando engravidam, têm um risco aumentado de sofrer de hipertensão arterial e diabetes durante a gestação. Por isso, para salvaguardar a saúde da mãe e do feto, é muito importante que sigam as recomendações do profissional de saúde de forma a evitar complicações na gravidez e após o parto.



ARTIGOS

PERDER UM FILHO NA GRAVIDEZ, UM LUTO SILENCIOSO



Dor, um sonho desfeito, luto.... Sofrida pela mulher ou um casal, quem conta os dias para ter um filho nos braços nunca está preparado para enfrentar a perda gestacional. Seja no início de uma gravidez, durante esta ou pouco após o nascimento, é avassalador saber que se perdeu um bebê tão desejado. Expressar esta dor, entender o que significa e a coragem de tentar de novo, é um longo processo e precisa de apoio. É aqui que ainda há um caminho a percorrer.

"A perda gestacional (PG) é a complicação mais frequente da gravidez e ocorre em cerca de 15% das concepções clinicamente conhecidas". É desta forma que a Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal explica a PG, cujas causas podem ser várias e para a qual muitas vezes não há resposta.

A causa mais frequente para a PG estará ligada a anomalias cromossómicas, que o corpo da mulher acaba por detetar e reage, levando a que ocorra um aborto espontâneo. Pode existir ainda uma situação de trombofilia na mulher, problemas no colo do útero, infeções ou o consumo de álcool, drogas, tabaco ou outras substâncias nocivas. O problema pode também estar no feto, portador de doença grave ou malformação congénita, o que leva à sua morte no útero. Além destas situações que podem explicar a PG, há que mencionar que em alguns casos a mulher é aconselhada a interromper a gravidez para evitar o perigo de morte ou grave e duradoura lesão para a saúde física ou psíquica.

Em todos estes casos, e seja qual for o momento da gestação, numa fase inicial ou tardia, com a perda do bebé ainda no útero ou logo após o parto, a dor para a mulher ou para o casal é profunda e difícil de ultrapassar.

Márcia Soares, professora e autora de livros como a "Ervilha Congelada" (Emporium Editora), percorreu um longo caminho para conseguir ser mãe, iniciado em 2014. Após dois tratamentos sem sucesso feitos em Espanha, numa clínica privada, com recurso à doação de espermatozoides, Márcia voltou a tentar três anos depois, já em Portugal, após ser alargado a mulheres e casais de mulheres o direito a ter apoio médico para serem mães.

Depois de outras duas tentativas sem conseguir uma gravidez, Márcia conseguiu com a transferência do seu último embrião criopreservado a notícia que há tanto aguardava. Em setembro de 2020, nasceu a Laura, e a família passava a três. Alguns meses depois da chegada de Laura, Márcia e a companheira Sandra decidiram avançar para uma segunda gravidez, agora com os óvulos de Sandra, mas com o mesmo dador, através do método ROPA. Márcia ficou novamente grávida, mas as notícias não eram encorajadoras. "Na segunda ecografia, vimos que o embrião não estava a desenvolver-se como seria suposto, por isso marcámos mais uma consulta e, um dia antes de fazer as nove semanas, confirmou-se que já não havia batimento cardíaco", conta à +Fertilidade.

O silêncio quando se espera ouvir um batimento acelerado foi de uma dor avassaladora. "Senti que não merecia passar por aquilo. Nenhuma mulher merece", partilha. Depois da confirmação da perda, Márcia sabia que ainda teria de passar pelo processo de expulsão do embrião.

O casal tentou lidar com a perda, mas apesar da ajuda da família e amigos, decidiu recorrer a apoio profissional. "O facto de estar em casa resguardada, fez-me bem, assim como sair para fazer algumas atividades que me ajudassem. Por outro lado, sei que a Sandra fez um percurso diferente do meu e que não foi sempre fácil comunicar, por isso marcámos uma consulta com a psicóloga da clínica IVI, a Dr^a. Filipa Santos, que nos ajudou a melhorar a nossa comunicação e a sarar algumas feridas".

A perda gestacional é vivida em segredo por muitas mulheres e casais, enquanto outros falam abertamente com os mais próximos sobre o que estão a passar. Mas nem sempre há empatia. Márcia admite que sentiu "alguma incompreensão", ainda que por parte de poucas pessoas. Considera que esse distanciamento se pode dever a "não terem passado pelo mesmo ou por desvalorizarem o impacto emocional que uma perda gestacional tem".

Há um caminho a percorrer no sentido de aumentar a sensibilização da sociedade para a PG. Márcia concorda que este assunto "não é falado

de uma forma tão aberta” e que as “mulheres que sofrem a perda gestacional acabam por ficar mais isoladas, guardando para si as suas emoções e passando por uma situação muito delicada”. Devido à violência emocional e física, não tem dúvida que “a maioria das mulheres necessita de um acompanhamento próximo, disponível e de muita empatia”.

O apoio psicológico nos casos de perda gestacional é importante. Seja por iniciativa da própria mulher ou do casal ou por referência médica, recorrer a esse acompanhamento revela-se fundamental para diminuir o impacto emocional no presente e no futuro.

“Sei que, em muitos casos, as mulheres não acionam a licença a que têm direito, no entanto, creio que seja por pressão da entidade patronal. Outras há

que não sentem essa necessidade e está tudo bem, contudo, não podemos assumir que as mulheres são todas iguais. Na verdade, pela quantidade de mulheres que partilhou comigo a sua experiência, em privado, há muitas que ainda não ultrapassaram o trauma, mesmo que o aborto espontâneo tenha acontecido há dez anos”, explica Márcia.

Atualmente, o luto parental prevê uma licença de 20 dias para cada progenitor, sendo que passou ainda a existir o direito a acompanhamento psicológico, cinco dias após a morte de um filho.

Quem está a passar ou passou pela perda gestacional deve procurar apoio profissional. A importância desta ajuda é explicada nesta edição da +Fertilidade no artigo da psicóloga Mafalda Silva, na página 12.



Apoio Psicológico para Associados

PRIMEIRA CONSULTA
online gratuita com:



Ana Galhardo

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



INVESTIGAÇÃO

DESCOBERTA PROTEÍNA QUE AJUDA UNIÃO DE ESPERMATOZOIDE AO ÓVULO

Tem o nome da deusa grega da maternidade e foi anunciada como podendo vir a ser uma ajuda importante para melhorar os tratamentos de fertilidade e desenvolver novos contraceptivos. Chama-se MAIA, é uma proteína, e foi recentemente descoberta por uma equipa de investigadores da Universidade de Sheffield, em Inglaterra. No futuro pode ter um papel determinante na fertilização dos óvulos, ao dar um empurrão ao espermatozoide até ao citoplasma da célula feminina.

De acordo com a equipa de investigadores da Escola de Biociências da Universidade de Sheffield, liderada por Harry Moore, a MAIA pode ser crucial para que os especialistas em fertilidade compreendam alguns obstáculos existentes na saúde reprodutiva, isto quando mais de metade das pessoas que tentam engravidar naturalmente sofrem de infertilidade inexplicada.

E como se chegou a esta descoberta? A revista Science Advances, que divulgou o estudo científico, revela que a equipa dirigida por Moore criou vários óvulos artificiais, cada um com uma parte diferente de proteína colocada na sua superfície. Essa proteína é conhecida como peptídeo, uma estrutura formada com base na ligação de duas ou mais moléculas

de aminoácidos, e neste caso a sua utilização teve como objetivo ajudar a que o espermatozoide se unisse ao óvulo artificial.

Concluída esta parte do processo, os cientistas verificaram que apenas um número reduzido de óvulos tinha espermatozoides ligados a si, seguindo-se a parte morosa de remover as amostras onde a experiência não foi bem-sucedida. Após uma análise aos óvulos onde a união entre as células femininas e masculinas ocorreu, a equipa concluiu que neste existia a presença de uma proteína em particular, a MAIA, e que esta tinha sido responsável por atrair o espermatozoide ao citoplasma do óvulo.

Perante este avanço, a experiência foi realizada em células de cultura humana. O que aconteceu foi surpreendente: estas células tornaram-se recetivas ao espermatozoide tal como num processo natural de fertilização.

Tal como em todos os estudos científicos, a exploração da proteína MAIA ainda está numa fase inicial. Num próximo passo, a equipa pretende analisar se o espermatozoide de homens diferentes se une à proteína de forma distinta. Porém, se no futuro os resultados continuarem a ser promissores, pode ser possível determinar se algum espermatozoide não é compatível com alguns óvulos, uma teoria colocada por alguns especialistas, mas ainda sem confirmação científica.

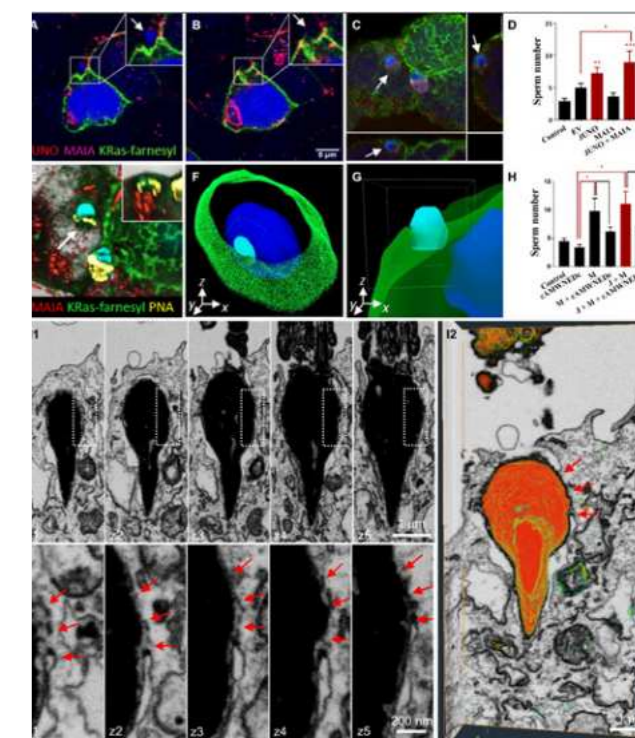
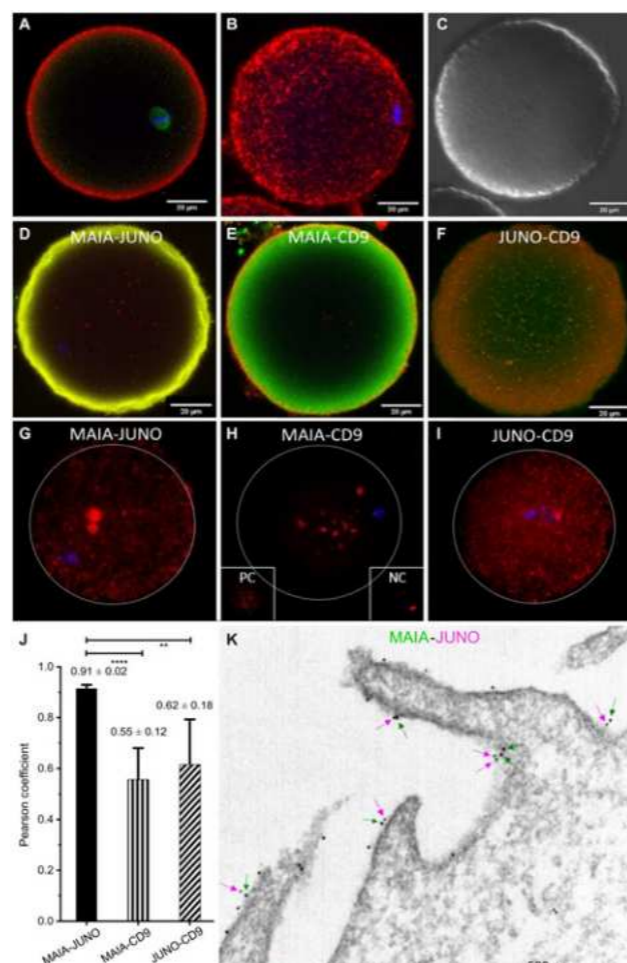
“A nossa descoberta é fundamental quanto às moléculas que permitem que o espermatozoide entre e fertilize o óvulo humano. Surpreendentemente, sabemos ainda pouco sobre este processo em humanos, devido à dificuldade em conseguir amostras para pesquisa e às considerações éticas a ter em conta”, explicou Harry Moore à +Fertilidade.

O cientista sublinha que estudos como este permitem “entender os problemas de fertilidade relacionados com a fertilização”, sendo que no caso da proteína MAIA a particularidade e importância é a

confirmação de que age como “uma mola que atrai o espermatozoide para o óvulo, através da membrana [do óvulo] para que a fertilização possa ficar concluída”.

Moore sublinha que “só com o tempo será possível saber se a proteína MAIA causa problemas”, numa fase posterior. Para já, a investigação ainda “está numa fase inicial e levará tempo para serem realizadas aplicações em condições clínicas”.

Citado pela revista Science Advances, o responsável acrescentou que através de uma “engenhosa técnica de fertilização artificial foi possível identificar não apenas a proteína MAIA, e permitir que os cientistas entendam melhor os mecanismos da fertilidade humana, mas também abrir caminho para novas formas de tratar a infertilidade e revolucionar a criação de futuros contraceptivos”.



ENTREVISTA

“É PRECISO SIMPLIFICAR A LINGUAGEM” EM SAÚDE

CRISTINA VAZ DE ALMEIDA É PRESIDENTE DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE LITERACIA EM SAÚDE (SPLS), ASSOCIAÇÃO CRIADA NO INÍCIO DE 2022 COM O OBJETIVO DE INFLUENCIAR, ENVOLVER, FORMAR E APOIAR BENEFICIÁRIOS E PROFISSIONAIS NO SENTIDO DE MELHORAR A COMUNICAÇÃO, INTERPRETAÇÃO E USO DOS RECURSOS EM SAÚDE.

INVESTIGADORA, DOCENTE E AUTORA DE VÁRIAS PUBLICAÇÕES, SUBLINHOU À +FERTILIDADE QUE NÃO DEVE EXISTIR RECEIO EM PARTILHAR INFORMAÇÃO ÚTIL À SOCIEDADE, DE FORMA CLARA E EFICIENTE, DO LADO DE QUEM CONSTITUI A ÁREA DA SAÚDE, E EM QUERER SER ESCLARECIDO, DO LADO DE QUEM RECORRE A CUIDADOS MÉDICOS.



+Fertilidade: A SPLS foi criada este ano e tem na sua constituição profissionais de diferentes áreas da medicina. A diversidade de conhecimento e experiência foram propositadas? Era preciso ter uma noção geral de como é comunicada saúde para existir uma maior proximidade com as capacidades literárias dos doentes?

Cristina Vaz de Almeida: A SPLS é fruto de um investimento de trabalho de campo e de investigação de mais de uma década. Somos uma sociedade científica, sem fins lucrativos, constituída em 19 de janeiro 2022, por especialistas de reconhecido mérito na literacia em saúde em Portugal, para melhorar o nível de literacia em saúde e os resultados em saúde dos portugueses e posicionar nacional e internacionalmente Portugal nos melhores lugares

de investimento intelectual e prático na literacia em saúde.

A diversidade de conhecimento focada na literacia em saúde é o que nos enriquece. É na diversidade que encontramos formas diferentes, mas estruturadas para um mesmo fim: melhorar a literacia em saúde em Portugal.

E por isso, entre os fundadores estão médicos, enfermeiros, médicos dentistas, terapeutas, higienistas orais, professores, investigadores, especialistas em comunicação em saúde. Estes especialistas em literacia em saúde reuniram-se no mesmo objetivo: agregar conhecimento e boas práticas em literacia em saúde, e dar visibilidade a todos os interessados neste domínio, em Portugal, e nos países de língua portuguesa.

Reconhecer que a comunicação transforma e muda

ENTREVISTA

as pessoas, faz parte do código genético da literacia em saúde. Comunicar bem tem técnicas e a literacia em saúde sabe bem como é o caminho da boa comunicação em saúde para abrir caminhos de acesso, compreensão e melhor uso dos recursos de saúde.

+Fertilidade: Uma das principais críticas que a APFertilidade ouve nos contactos que recebe é que a linguagem utilizada pelos profissionais de saúde é complexa, muito técnica. Considera que há ainda muito a simplificar na comunicação entre doentes e médicos?

Cristina Vaz de Almeida: Uma pergunta essencial que fazem. Sim. É preciso simplificar a linguagem, mas não infantilizar. Há regras para a linguagem simples e acessível, mas é sempre aquela que as pessoas entendem à primeira e que é efetivamente destinada aquele público. A literatura comprova que mesmo as pessoas com mais elevada literacia em saúde preferem texto simples.

Depois a comunicação não poderá ser apenas verbal na consulta, pois as pessoas têm memórias diferentes e alguém que tenha a memória visual vai precisar de algo escrito, desenhado, em imagem ou gráficos para poder memorizar. Isto é fácil pois muitas vezes com um desenho, mesmo que não seja perfeito, com algumas indicações simples, ajuda nessa memorização das instruções em saúde. A SPLS faz cursos de linguagem simples para profissionais e por isso estamos ativos nessa área.

“(...)mesmo as pessoas com mais elevada literacia preferem texto simples”

+Fertilidade: A informação sobre cuidados médicos, formas de tratamento, toma de medicamentos em formato físico, seja em suporte papel ou online, é igualmente alvo de considerações negativas por parte dos pacientes. Que linhas primárias deveriam ser seguidas na criação destes conteúdos?

Cristina Vaz de Almeida: Não há como envolver os pacientes no processo de comunicação em saúde. O Patient Alliance exorta a esta cooperação. A simplificação dos rótulos, a revisão das bulas, a capacidade de se perceber que há nomes de medicamentos muito idênticos que confundem o paciente, a possibilidade de se fazer o ensino nas salas de espera. Há um caminho longo de preparação e desenvolvimento.

+Fertilidade: Quais têm sido as principais dificuldades com que a SPLS se tem deparado, enquanto organismo, mas também como recetora das preocupações de doentes e profissionais de saúde?

Cristina Vaz de Almeida: A integração da literacia em saúde no Programa Nacional de Saúde faz-se desde 2016 e este fator também foi decisivo em Portugal, além de que temos feito bastante pela literacia em saúde em Portugal. Acreditamos que, agindo como um “corpo” podemos ter mais capacidade, diversidade e formas de intervenção. Acreditamos que iremos reforçar, construir e dar visibilidade a boas práticas e a soluções ainda mais robustas, para um melhor acesso, compreensão e uso dos recursos em saúde por parte do cidadão e maior capacitação dos profissionais e das organizações das áreas da saúde e outras. Penso que as organizações têm de estar mais disponíveis para fazerem parcerias e não estarem voltadas “para dentro”. Por vezes notamos o receio de algumas organizações em partilharem conhecimentos. Ora isso é essencial para o desenvolvimento. As boas partilhas de literacia em saúde educam os povos em patamares superiores de ação, reflexão e de estratégias promotoras de saúde. Se formos muitos a pensar em soluções, certamente haverá lugar a resultados positivos e creíveis.

+Fertilidade: Que conselhos dá a um paciente que procura informação para a marcação de uma consulta ou quando já se encontra no gabinete do médico e se sente perdido ou assoberbado com os dados e indicações que lhe são dados?

Cristina Vaz de Almeida: O conselho é que pergunte. Pergunte mesmo que não saiba perguntar, pois abre caminho ao diálogo. A preparação do paciente deve ser uma preocupação das organizações. Esta preparação não é preciso ser feita apenas nas organizações de saúde, pode ser feita no local de trabalho das pessoas, através de um investimento em saúde das entidades onde as pessoas trabalham; pode também ser feita nos locais onde as pessoas praticam desporto, se alimentam. A saúde é uma função de todos e de todas as entidades e no ciclo de vida.

As pessoas devem habituar-se a levar um conjunto de questões ao seu médico. Estar preparadas.

E isso é mais fácil do que imaginamos. Mas “são precisos dois para dançar o tango” e os profissionais têm também de ter uma postura mais aberta, por exemplo através de perguntas abertas do tipo “o que posso fazer por si” “o que o traz cá “como posso ajudá-lo/a?”

“As pessoas devem habituar-se a levar questões ao seu médico”



APOIO PSICOLÓGICO

PERDA GESTACIONAL, UMA PERDA COM MUITAS PERDAS DENTRO DE SI



Mafalda Guedes Silva
Psicóloga e Psicoterapeuta

(mafaldaguedessilva.pt)

Existem muitos temas difíceis de abordar pela sua complexidade e pelo nível de impacto que têm na pessoa. A perda gestacional é, sem dúvida, um deles.

Quando fui desafiada a escrever sobre este tema surgiram na minha cabeça algumas das partilhas angustiadas de várias mulheres e homens que em algum momento das suas vidas se viram confrontados com o esvaziar de um sonho, tantas vezes fantasiado e desejado, e soube, de imediato, que tinha de aceitar o desafio e dar voz ao sofrimento de tantos casais, de mulheres e de

homens que, silenciosamente, carregam a dor de ter experienciado uma perda gestacional.

Ao longo do ciclo de vida todos vamos experienciar diversos tipos de perdas, a perda de um familiar, o término de uma relação afetiva, a perda de um emprego, a perda ou deterioração da saúde ou a perda de algum atributo pessoal. Em comum, estas perdas têm o facto de implicarem, para a pessoa que as sofre, a separação e a privação de alguém ou de algo. Contudo, são qualitativamente diferentes, quer na sua natureza quer no impacto que provocam na pessoa que as sofre. O tema que aqui vamos explorar enquadra-se nas perdas que provocam reações de luto, habitualmente expressas por tristeza e revolta.

A gravidez é muitas vezes descrita como uma experiência única para a mulher, para o/a seu/a companheiro/a e também para a família em geral. Vários autores salientam que desde o início a mulher se sente ligada ao seu filho por uma relação de dependência mútua e progressiva, sendo que esta relação de dependência não é apenas biológica, mas também afetiva, estabelecendo-se, entre a mãe e o bebé, uma ligação ativa e recíproca.

Quando aludimos à experiência de perda gestacional referimo-nos a uma multiplicidade de eventos, tais como a morte fetal (a morte do bebé, in útero, durante o último trimestre da gravidez), a morte neonatal (a morte pouco tempo após

o nascimento) e as interrupções da gravidez, espontânea (geralmente repentina e inesperada, ocorre até às 12 semanas de gestação), médica (até às 24 semanas de gestação por malformação congénita ou presença de doença grave, ou ainda até às 16 semanas de gestação quando a gravidez resultar de um crime contra a liberdade e autodeterminação sexual) e a voluntária (que envolve problemáticas éticas, culturais, sociais, políticas e religiosas que não cabem no âmbito deste artigo).

Os casos que a seguir partilho pretendem ser uma ilustração do impacto que a perda gestacional tem na vida das mulheres, homens, casais, partindo da experiência daqueles com quem me tenho cruzado na minha prática clínica.

Sobreviver a uma perda gestacional sem causa identificada é uma experiência dolorosa e muitas vezes descrita pelas mulheres como carregada de uma grande solidão. Assim foi também para uma jovem mulher que diz em consulta sempre ter querido ser mãe. Sendo a mais velha de uma fratria de cinco irmãos, cedo começou a ajudar nos cuidados dos mais novos. Aos 23 anos de idade, tendo encontrado o companheiro que considerava ser para a vida e que comungava do seu desejo de formar uma família, o casal decidiu tentar uma gravidez. Sem grande dificuldade conseguem a tão desejada gravidez, mas cerca das 8 semanas de gestação ocorre um aborto espontâneo. Não é identificada nenhuma causa e a situação é normalizada pelos médicos que procuram tranquilizar o casal. Esperançados e desejosos de serem pais passados alguns meses conseguem, novamente, outra gravidez. Primeiro cautelosos, depois radiantes com a antecipação das alegrias futuras vivem com grande felicidade os primeiros meses de gravidez, as transformações no corpo, as primeiras compras para o bebé, o preparar do quarto. Tudo corria bem. Até que cerca das 33 semanas algo fica diferente, a futura mãe deixa de sentir os movimentos fetais e recebe a pior notícia. O bebé já não tem o coração a bater, faleceu. Mas como? Porquê a mim? Porquê outra vez?! Pensava a futura mãe, enquanto o pai permanecia calado,

distante. Foi necessário fazer a indução do parto e esta mulher tem, ainda hoje, volvidos vários anos, bem presente a miscelânea de emoções que sentiu ao não trazer o seu bebé nos braços para casa. A tristeza de não ter o bebé para acarinhar e cuidar e a inveja das outras mães que passeavam os filhos. O desamparo foi ainda maior quando já sem filho, ficou, também, sem marido. Pois o companheiro decidiu que não poderia continuar casado com uma mulher que não lhe podia dar os filhos com que sempre sonhou.

O luto pela perda do bebé e pelo fim do casamento foi demorado e muito sofrido. Anos mais tarde, e já com a vida refeita e um novo companheiro que se afirmava como pronto para ficar a seu lado com ou sem filhos, ainda tem momentos de maior insegurança em que se questiona sobre qual será o seu defeito e porque razão não conseguem os médicos descobri-lo para o poderem tratar e, assim, poder vir a ser normal como as outras mulheres que conseguem levar as gravidezes até ao fim. Apesar do seu longo percurso para a aceitação não consegue ainda confiar, inteiramente, nos outros mantendo o medo de ser abandonada o que a impede de viver plenamente as relações afetivas.

Quando a perda gestacional ocorre após o recurso a técnicas de PMA, a situação de vulnerabilidade prévia associada ao percurso (geralmente longo e repleto de ansiedade) para engravidar e às expectativas de, finalmente, com a “ajuda da ciência” conseguirem uma gravidez, introduz uma maior complexidade ao processo de luto que é necessário fazer.

Como ilustra este caso, que acompanhei, de um casal que, após a realização com sucesso de uma FIV, em que os dois embriões transferidos originaram uma gravidez de gémeos, se viu confrontado com o diagnóstico de malformação congénita grave de um dos fetos, que implicava a sua não viabilidade e previsível falecimento, que veio a concretizar-se.

Com muita ambivalência, este casal, que há quatro anos lidava com um diagnóstico de infertilidade associada a alterações morfológicas da mulher, já muito perto dos 40 anos de idade, viu-se confrontado com mais um evento profundamente

APOIO PSICOLÓGICO



impactante. Ter de lidar com o falecimento de um dos bebês e fazer o seu luto por este filho perdido ainda antes de nascer, enquanto continuava a investir afetivamente no bebê que continuava o seu desenvolvimento e viria a nascer saudável.

Esta mulher, futura mãe, já fragilizada pela origem feminina da dificuldade do casal em conseguir uma gravidez, relatava nas sessões a sua angústia povoada pelos sentimento de, mais uma vez, estar a ser punida sem saber o porquê, a impotência por não conseguir salvar o bebê, a zanga por não poder ter uma gravidez “descansada” tal como idealizava que seriam as gravidezes de todas as outras mães, e o medo de que também o bebê saudável viesse a falecer por o seu corpo ter algo de errado, um defeito, por não prestar para gerar filhos, como costumava dizer. Relatava também com culpabilidade a injustiça que sentia por isto lhe estar a acontecer a si, que sempre foi cumpridora das indicações médicas e teve um estilo de vida saudável. O marido desta mulher, por sua vez relatava esta perda gestacional como muito dolorosa e expressava a sua frustração por

não poder confortar plenamente a esposa que esperava conseguir obter uma explicação, uma razão para o sucedido, encontrar um sentido para algo não controlável.

Psicológica e socialmente este acontecimento alterou a dinâmica individual e relacional de ambos e entre ambos, e do casal com o exterior. Esta mulher afastou-se dos amigos e isolou-se, manifestava tristeza e ansiedade elevadas, labilidade emocional e autodepreciação, alterações do seu padrão do sono e do apetite, assim como presença de alterações cognitivas típicas destes quadros como dificuldade em manter a atenção concentrada, em ter o pensamento focado e a lentificação do raciocínio. Este homem isolou-se e também não partilhou com nenhum dos seus familiares e amigos o que estava a viver tendo recorrido ao consumo excessivo de álcool para “gerir as emoções”. Os dois recorreram a estratégias de coping para lidar com os problemas não adaptativas, e que agravaram o afastamento afetivo do casal. Indisponíveis afetivamente um para o outro, sofrendo isoladamente, também a vida sexual do casal empobreceu, e uma espiral de insatisfação instalou-se. Só quando foi, novamente, possível comunicarem livremente sobre o que ambos sentiam e o que esperavam um do outro a relação pode ser reinvestida e o novo bebê sobrevivente pode ser recebido.

Cerca de três anos após esta perda gestacional, este casal é confrontado com novo desafio, decidir se vai tentar nova transferência de embriões já fertilizados, ou se decide não fazer mais nenhuma transferência. O impacto é elevado nos dois membros do casal. A esposa pondera uma nova transferência esperançada de que a família possa agora passar de um trio para uma quadra. O marido receia ter de lidar, novamente, com o sofrimento da esposa e com os seus próprios sentimentos de frustração por ser incapaz de parar este sofrimento. Aumentando ainda mais os níveis de stresse já associados a estes processos reprodutivos.

As reações de sofrimento e dor, por morte de um bebê (feto ou recém-nascido) são uma realidade independente da duração da sua vida, de ter ou

não ter problemas de saúde, de ser ou não fruto de uma gravidez planeada.

As perdas gestacionais são consideradas acontecimentos de vida complexos e multidimensionais. Os significados atribuídos à perda e as reações à mesma, por parte dos pais, vão depender de entre outros aspetos das suas características de personalidade, das atitudes e expectativas face à gravidez e à maternidade/paternidade, das suas experiências prévias de vida, da existência de apoio familiar e social e da etapa do ciclo de vida em que ocorrem. Por exemplo, existem vários estudos que indicam que as adolescentes se encontram em elevado risco para o desenvolvimento de perturbações psicológicas após uma perda, em especial, quando têm relacionamentos conflituosos com os pais e/ou o pai do bebê.

Tanto mulheres como homens podem manifestar respostas emocionais específicas, cuja natureza abarca várias dimensões, a saber:

a) afetivas (sentimentos e emoções, como: tristeza, solidão, culpa, raiva, ansiedade, apatia, choque, desespero, desamparo); b) comportamentais (aspetos observáveis do comportamento, como: agitação, fadiga, choro, isolamento, evitar, ou propositadamente procurar, locais ou guardar objetos que lembrem a criança); c) cognitivas (pensamentos que traduzem preocupações com o bebê, sensação da presença do bebê associada a alucinações visuais [ver o bebê] ou auditivas [ouvir o choro do bebê], baixa autoestima, falta de memória, dificuldades de concentração); d) fisiológicas (perda do apetite, insónia, queixas somáticas, por exemplo dores abdominais, sensação de aperto no peito).

Podem ainda ocorrer dificuldades ao nível das relações interpessoais (com familiares, amigos, colegas) ou em termos espirituais e religiosos.

Estas respostas estão associadas ao trabalho de elaboração psicológica da perda, o chamado processo de luto. O processo de luto é um trabalho pessoal de adaptação à perda. É uma experiência profunda e dolorosa, que implica sofrimento, mas também a capacidade de encontrar alguma esperança, conforto e alternativas de vida

significativas. O período de dor e sofrimento, que pode durar vários meses, corresponde ao luto por uma perda, e é normal e deve ser encarado como saudável e necessário. A sua ausência, pelo contrário, é um sinal de alarme e pode indicar a presença de uma perturbação psicológica.

A intervenção psicológica nos casos de luto por perda gestacional deve visar facilitar a expressão adequada do pesar, favorecer a aceitação da perda, fornecer informação fidedigna e clara sobre o processo de luto e suas etapas, assim como ajudar estas mulheres e homens a reintroduzir o padrão de rotina habitual, ajudando a construir novos significados e a restabelecer a sensação de controlo.

A APFertilidade aconselha à leitura do artigo PERDER UM FILHO NA GRAVIDEZ, UM LUTO SILENCIOSO, na página 12, desta edição.



A IMPORTÂNCIA DA ALIMENTAÇÃO NA SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLIQUÍSTICOS



Maria João Fernandes
Nutricionista especializada
em Nutrição Clínica na gravidez,
fertilidade e saúde da mulher

Contactos em
[facebook.com/nutricaooparagavidas](https://www.facebook.com/nutricaooparagavidas)
[instagram.com/nutricaooparagavidas/](https://www.instagram.com/nutricaooparagavidas/)
e info@mariajoaonutricionista.pt

A Síndrome dos Ovários Poliquísticos (SOP) é uma alteração neuro-endócrino e metabólica que afeta até 18% das mulheres em idade reprodutiva e é diagnosticada quando estão presentes pelo menos dois dos seguintes critérios:

- Hiperandrogenismo clínico, ou seja, presença de acne, excesso de pêlos em locais como a cara ou as costas, queda de cabelo ou aumento das hormonas sexuais masculinas (androgénios);
- Alterações dos ciclos menstruais;
- Presença de quistos nos ovários.

Para além das alterações hormonais, as mulheres com SOP apresentam frequentemente obesidade, gordura abdominal, colesterol e/ou triglicéridos elevados, resistência à insulina e um certo estado inflamatório de baixo grau. Todas estas alterações desempenham um papel importante no desenvolvimento da síndrome, que para além de ter um grande impacto na fertilidade, aumenta o risco de diabetes, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, fígado gordo, hipotireoidismo, problemas respiratórios e depressão.

Por outro lado, engravidar com SOP não controlada, aumenta não só o risco de problemas

na gravidez, como pode ter impacto na saúde do bebé, aumentando o risco de diferentes doenças no futuro, incluindo o risco de SOP. A boa notícia é que um estilo de vida saudável é a base do tratamento da SOP.

A Dieta Mediterrânea, que é amplamente reconhecida como sendo promotora de saúde, é um dos padrões alimentares que os estudos indicam como sendo protetora em relação à SOP. Recordemos que esta dieta se caracteriza pelo consumo abundante de produtos vegetais, como hortícolas e fruta da época, cereais integrais e frutos gordos (nozes, amêndoas, avelãs...), utilização do azeite como gordura principal, consumo moderado de proteínas de origem animal, com preferência pelo peixe, e cozinhados simples temperados com ervas aromáticas.

A Dieta Mediterrânea tem um efeito anti-inflamatório bem documentado e associa-se a

uma microbiota intestinal equilibrada e protetora da saúde em geral e da SOP em particular. Na verdade, sabemos que a microbiota intestinal, ou seja, o conjunto de microrganismos que vivem no nosso intestino, pode predispor ou proteger ao desenvolvimento da SOP. As mulheres com SOP tendem a apresentar uma microbiota diferente das mulheres saudáveis, com menor diversidade, redução das bactérias benéficas e aumento das prejudiciais. Alguns sintomas gastrointestinais como sensação de barriga inchada, diarreia, obstipação ou flatulência podem ser indicadores deste desequilíbrio da microbiota intestinal que deve ser tratado. Nos últimos anos diferentes estudos têm demonstrado efeitos benéficos da suplementação de prebióticos e diferentes cepas probióticas nos sintomas da SOP.

Os estudos mostram ainda que dietas com restrição da quantidade de hidratos de carbono,



podem ser vantajosas para o controlo da SOP. Na verdade, sabemos que uma alimentação com baixa carga glicémica, ou seja, uma alimentação que previna aumentos rápidos dos níveis de açúcar no sangue, é fundamental para controlar a resistência à insulina habitualmente presente na SOP. Assim, não só parece útil controlar a quantidade dos hidratos de carbono, como também é importante combiná-los em refeições que incluam proteínas e/ou gorduras saudáveis e evitar os hidratos que provocam aumentos rápidos do açúcar no sangue.

Isto quer dizer que devem ser evitados alimentos ricos em açúcares e farinhas refinadas, como por exemplo, compotas, marmeladas, gomas, rebuçados, bolos, biscoitos, pão branco, bolachas, barras de cereais, cereais açucarados, refrigerantes, sumos de fruta, etc. Deve ser dada preferência a hidratos de carbono ricos em fibras, como por exemplo as leguminosas (feijão, grão-de-bico, lentilhas, ervilhas, favas, feijocas), legumes, frutas frescas e cereais integrais, preferencialmente em grão.

Por outro lado, o consumo de bebidas alcoólicas afeta a regularidade do ciclo menstrual e promove a anovulação. Também o consumo de alimentos ultraprocessados, ricos em gorduras saturadas e hidrogenadas, sal, açúcar e diferentes aditivos agravam o estado inflamatório e a resistência à insulina e devem ser evitados.

Em mulheres com excesso de peso, o controlo do peso é fundamental para o sucesso do tratamento devendo a dieta deve ser moderadamente hipocalórica.

Para além dos cuidados alimentares, muitos suplementos nutricionais têm vindo a ser estudados no contexto da SOP. Mediante as características

clínicas de cada mulher com SOP, os seus sintomas e alterações bioquímicas, diferentes suplementos podem ter benefícios, sempre mediante acompanhamento individualizado do nutricionista ou médico.

De entre estes suplementos destacamos o Mio-inositol, suplementado de forma isolada ou combinado com D-chiro-inositol, que tem consistentemente demonstrado melhorar a resistência à insulina e as alterações hormonais, contribuindo assim para restabelecer o ciclo menstrual e melhorar a fertilidade, bem como os restantes sintomas da SOP.

A carência em Vitamina D é comum nas mulheres com SOP e esta carência parece agravar a síndrome, pelo que é importante garantir bons níveis de vitamina D. Os estudos indicam que a suplementação em vitamina D melhora a hiperinsulinemia, a produção hormonal, alterações metabólicas, fertilidade e possivelmente a saúde mental das mulheres com SOP.

Tão importante como as estratégias alimentares e nutricionais é a prática regular de exercício físico, num mínimo de 150 minutos semanais, incluindo exercícios de alta intensidade. O exercício melhora a composição corporal e a resistência à insulina, beneficiando o controlo da SOP.

Melhorar a qualidade do sono, reduzir o stress e a exposição a toxinas ambientais são igualmente fatores essenciais para o tratamento da doença.

As mudanças do estilo de vida constituem, portanto, a base do tratamento da SOP e podem ser suficientes para restabelecer o ciclo menstrual e a fertilidade e para manter os restantes sintomas da doença controlados.

À VENDA NA APFERTILIDADE*



Associação Portuguesa de
Fertilidade



*Para comprar envie email para geral@apfertilidade.org

TESTEMUNHOS

“PRECISAMOS DE DESMISTIFICAR A INFERTILIDADE”



Tivemos de recorrer ao tratamento de reprodução medicamente assistida. O Fernando “herdou” uma doença predominantemente portuguesa chamada Paramiloidose, vulgarmente conhecida como doença dos pezinhos, mas só foi diagnosticado aos 28 anos. Por ter sido necessário recorrer a um tratamento de transplante hepático, adiámos a possibilidade de ter um filho. Mas não só por isso, também por saber que a doença é hereditária e a probabilidade do bebé herdá-la era superior a 70%.

Quando o momento oportuno surgiu recorremos a um renomado médico especialista em reprodução medicamente assistida no Brasil. Foi-nos dada a informação de que, devido à sua patologia ter avançado de forma agressiva, não seria possível ter um filho do meu marido e teríamos de recorrer ao banco de esperma, opção que para mim estava totalmente descartada. O meu sonho não era

simplesmente ficar grávida, mas sim constituir uma família com o meu marido e se não fosse para gerar um bebé que também fosse filho dele preferia optar pela adoção. O meu amor não é egoísta.

Deixamos de parte o sonho de constituir uma família e viemos para Portugal em definitivo, pois aqui encontramos todo o acompanhamento necessário para que o Fernando tivesse o mínimo de qualidade de vida.

Numa consulta de acompanhamento do meu marido, uma médica questionou sobre termos um bebé. Relatámos o que nos aconteceu no Brasil e ela sugeriu fazermos uma consulta num centro especializado de reprodução medicamente assistida para pacientes com Paramiloidose, situado no Hospital de São João no Porto. Não tínhamos nada a perder e aceitamos a sugestão, e em 2014 demos entrada no hospital.



TESTEMUNHOS

Ao longo do processo descobrimos que não tínhamos apenas um problema para engravidar, mas sim quatro limitações: a doença do meu marido, o material genético dele escasso, sendo necessária uma intervenção cirúrgica, a minha idade, e por último o meu organismo que dava uma resposta anormal a produção de hormônios. Tudo isso atrasava/dificultava a implantação do embrião, em cada procedimento perdia-se embriões e o número ficava muito reduzido com chances quase nulas em implantes e gravidez. Mas nós só precisávamos de um embrião para gerar nosso bebê.

E o mais incrível é que em nenhum momento fizera um pré-diagnóstico da situação do Fernando ou disseram que não era possível. Em todo o tempo foram realizando os procedimentos necessários, que era não só a Fertilização In Vitro (FIV), mas também o Diagnóstico Genético Pré-Implantacional (DGPI) para confirmar se o embrião herdaria a doença do pai.

O caminho é árduo e precisamos desmistificar o assunto da infertilidade. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, chega a 80 milhões o número de pessoas afetadas pela doença no mundo. Precisamos usar os meios necessários para dar o nosso apoio a tantas mulheres e casais como nós que passámos quatro anos a lutar pela realização do sonho de termos um filho.

Somos Hérika e Fernando, temos muito orgulho em dizer que após quatro anos de tratamento, e depois de quatro tentativas, numa delas com a perda de gêmeos, tivemos sucesso na quinta, o que resultou na existência da nossa Anjinha Lana.

Se foi possível para nós é também possível para vocês!



A CAMINHADA MAIS BONITA DA MINHA VIDA

O desejo de ser mãe cedo se manifestou, ganhando nome aquando de uma relação que se julgava para a vida. No entanto, a dita prega-nos partidas e o “para a vida” deixou de fazer sentido, levando com ele o nome mas não o desejo.

Desde então o coração passou a navegar em águas turvas e, como não raras vezes brinquei, parecia que tinha “dedo podre para o amor”. Por entre relações curtas e as que nunca chegaram sequer a sê-lo, os amores não correspondidos e os “porque é que não mandamos no coração?”, fui amadurecendo a ideia de que, tal como a minha mãe sempre me ensinou, se deve lutar por aquilo que depende de nós. E a verdade é que encontrar um amor e encontrar nele um companheiro para partilhar a maternidade não era algo que dependesse exclusivamente de mim. A sorte, o acaso, os astros alinhados... nada disso dependia de mim. E foi nessa tomada de consciência que fui pesquisando sobre a possibilidade de tornar o meu sonho realidade... porque ser mãe era algo que podia depender apenas de mim.

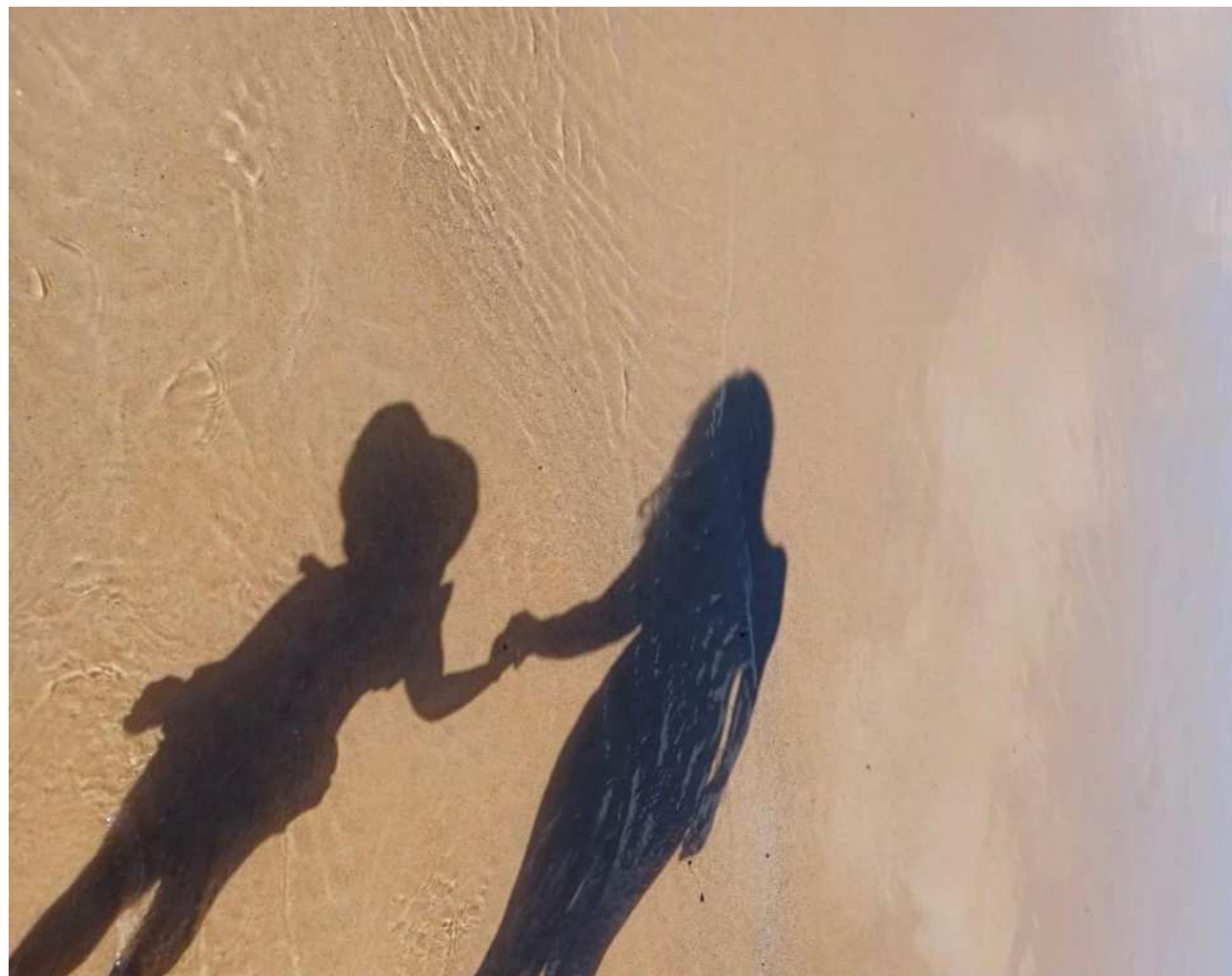
A cidade de Vigo (Espanha) afigurou-se como a primeira hipótese, não só pela proximidade com Portugal mas também pela vasta experiência a receber mulheres como eu... mulheres que querem ser mães embora não tenham encontrado o companheiro certo, mulheres que por força de uma lei que não existia eram forçadas a viajar até ao país vizinho para puderem ter, sozinhas, o seu bebé. Durante este caminho fui pesquisando e falando com os meus (pais e irmão) pilares da e para a vida, fui procurando dentro de mim respostas e nos outros aprovação, apoio (sozinha teria sido muito mais difícil). Falei também com a minha ginecologista que, num primeiro momento desvalorizou e disse “é muito cedo, és nova, ainda vais encontrar alguém”. Mas foi também ela que no momento em que a

decisão estava tomada me aconselhou a aguardar porque a lei seria finalmente discutida em Portugal. A ansiedade era muita e assim que a notícia da aprovação da lei apareceu recebi imediatamente uma chamada “dos meus”. Era o momento de avançar.

Iniciei o processo em Janeiro, vários exames e análises, esperar pelo momento certo do ciclo. Em Junho o processo estava concluído e era feito o pedido dos gâmetas. Recordo com alguma graça o comentário da médica “raios parta que hoje vocês têm todas cabelo castanho claro e olhos verdes” (no sistema público o dador tem as mesmas características físicas que nós). E a partir desse momento era esperar por um dador compatível. Foi uma espera longa, muito longa, de muita ansiedade mas enorme esperança. Durante este caminho foi discutido o anonimato dos dadores (que deixou de existir) o que atrasou ainda mais todo o processo. No meu caso, e porque fui das primeiras a iniciar o processo, o anonimato ainda se aplicou.

Entretanto, conheci uma pessoa e iniciei uma relação. Percebendo que era uma pessoa especial, cedo partilhei a minha história, a minha espera e o meu desejo. Naquele momento encontrei nele uma admiração imensa pela coragem (e se é preciso ter coragem!) e palavras bonitas “espero que não precisas de fazer esse caminho sozinha”. Tal como ele, também eu acreditava que o projecto da maternidade é mais bonito a dois e naquele momento confesso que tive a esperança de que ele fosse o tal e de que quando me chamassem eu pudesse dizer “obrigada mas conheci uma pessoa e é com ele que irei fazer esse caminho”. Mas a verdade é que a relação não evoluiu como esperava e quando, em Setembro de 2019, recebi o email (tão ansiado) a dizer que tinham finalmente encontrado um dador compatível e que já tinham os meus gâmetas, o meu mundo estremeceu, num misto de

TESTEMUNHOS



felicidade descontrolada e de sensação de vazio por não ter a certeza qual o rumo a tomar. Seguiram-se momentos muito duros, de muitas questões, angústias, medos... senti-me perdida, tenho de admitir. Por parte “dos meus” continuei a receber todo o apoio, da parte dele recebi um amor sem fim, só possível vindo de alguém muito especial. Mas algo me dizia que não era por ali e que eu teria mesmo de seguir o meu caminho sozinha... e assim foi.

Depois de uma das decisões mais difíceis da minha vida, respondi ao email... estava pronta para avançar! Repeti alguns exames para perceber como estava o meu corpo, afinal já tinha passado muito tempo desde que foi feito o pedido dos gametas (dois anos e meio para ser mais precisa). Foi então decidido

avançar para uma FIV (Fertilização in Vitro). E depois disto o processo foi muito rápido... medicação para estimular os ovários e preparar tudo para a punção (retirada de folículos para posterior fertilização). No dia da punção estava nervosa mas muito confiante... sabia que ia correr tudo bem. Este procedimento é feito com anestesia geral, embora seja uma sedação mais leve. E de facto correu bem, foram retirados 8 folículos com boas condições para serem fertilizados e no dia seguinte já estava de regresso ao trabalho e à vida normal. O procedimento foi feito numa segunda-feira e alguns dias depois saberia se tinha ou não algum embrião viável. Sexta-feira de manhã, numa ansiedade sem tamanho, contactei o Centro para saber como estavam “os meus bebés”: “temos

seis embriões de boa qualidade, amanhã marcamos a transferência.” Não queria acreditar, faltava pouco, tão pouco. No dia seguinte, enquanto tomava um pequeno-almoço tardio, recebi o telefonema da bióloga: “temos cinco embriões muito bons e vamos fazer a transferência na próxima quarta-feira”. Estava tudo a correr bem e faltava pouco, muito pouco.

Recordo o dia da transferência como um dia muito especial e feliz. Fui acompanhada pela minha mãe e a emoção era muita. E sim, foi de facto um dos momentos mais bonitos. Durante a transferência estive acordada e a visualizar num ecrã todo o processo... a entrada do embrião no útero surge como um feixe de luz o que torna o momento mágico. As lágrimas foram inevitáveis. É um processo rápido e que, no meu caso, requereu repouso apenas durante o período da tarde desse mesmo dia. A partir daí retomei a normalidade dos meus dias, embora sempre com uma grande expectativa. Alguns dias depois, já não consigo precisar quantos, voltei ao Centro de Reprodução Humana para saber se o embrião tinha vingado. Eramos muitas na sala de espera e, como era já habitual, chegámos muito cedo para tirar sangue. Durante a manhã fomos partilhando histórias, anseios e receios. Eu tinha ido sozinha mas estava acompanhada de uma enorme certeza de que tudo tinha corrido bem (embora não tivesse qualquer sintoma que o denunciasse).

Ao final da manhã a senhora com quem tinha estado a conversar foi finalmente chamada para a consulta e quando saiu vinha visivelmente triste. Neste momento o meu mundo desabou e levei uma lambada de realidade: bolas, pode acontecer o mesmo comigo! Posso dizer que este foi o único momento em que pensei nesta possibilidade. Embora tivesse plena consciência das probabilidades e vicissitudes deste processo, sempre tive uma postura muito positiva e um querer maior do que tudo. Ouvi o meu nome no altifalante e o meu coração disparou. Fiz o caminho até ao consultório com as pernas a cambalear e sentei-me em frente à médica quase sem fôlego. “Como se sente?”, perguntou-me. Depois da minha resposta olhou para o computador e para umas folhas e disse: “Parabéns, está francamente grávida!”. Confesso que naquele momento não aguentei e desatei a chorar, tamanha era a emoção. Bolas, eu sabia que ia correr bem!!! Saí do consultório radiante e liguei aos meus... era o início da caminhada mais bonita da minha vida.

A gravidez correu sem sobressaltos de maior, apenas com as maleitas normais e sempre consciente de que tive muita sorte por ter conseguido engravidar na primeira tentativa. E apesar de ter vivido a gravidez em plena pandemia, foram 9 meses de pura felicidade e hoje sou mãe de uma princesa linda, o meu amor maior!

APFERTILIDADE EXPLICA...



Na procriação medicamente assistida existem várias alternativas de tratamento para tentar ultrapassar a infertilidade e levar a uma gravidez. Um dos tratamentos aconselhados é a Microinjeção Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI, na sigla em inglês), cujos passos são idênticos aos dados num caso de fertilização in vitro (FIV), mas onde é utilizado apenas um espermatozoide e não vários, como na FIV.

É o tratamento indicado em casos de infertilidade masculina, de infertilidade inexplicada no casal, quando é necessário recorrer a espermatozoides de dador, os óvulos são de baixa qualidade ou se utiliza espermatozoides criopreservados antes do homem ser submetido a quimioterapia ou radioterapia em situação de doença oncológica.

O que é a ICSI?

A ICSI é uma técnica de Fertilização in Vitro (FIV) na qual é injetado um único espermatozoide em laboratório diretamente num óvulo.

A ICSI é utilizada em que casos?

Trata-se de um tratamento recomendado após uma FIV sem fecundação, duas ou mais FIV sem gravidez, baixo número de ovócitos (4 ou menos), imaturidade ovocitária, ou em casos de mulheres com 35 anos, ou mais, e num processo de Diagnóstico Genético Pré-Implantação (DGPI).

É ainda uma opção quando no homem se verifica alteração moderada ou severa do sêmen, azoospermia, anejaculação, ejaculação retrógrada ou infeção com o HIV.

Como se inicia a ICSI?

Do lado da mulher, tal como na FIV, na ICSI procede-se à indução do crescimento folicular, através da hiperestimulação controlada do ovário e depois é feita a aspiração dos folículos. No caso de se obterem ovócitos imaturos, estes são amadurecidos in vitro e microinjetados no dia seguinte. O segundo passo é a aplicação de progesterona (comprimidos vaginais) para preparar o endométrio para a implantação.

Do lado do homem, é feita a preparação dos espermatozoides como na FIV, mas tendo em conta o problema clínico que tem, dado que pode ser necessário que a recolha do esperma se proceda com recurso a outras técnicas, como acontece em situações de anejaculação, azoospermia ou seropositividade.

O que se passa no laboratório?

Após a recolha das células femininas e masculinas, numa placa de cultura injeta-se um único espermatozoide em cada ovócito. A fecundação e o desenvolvimento embrionário ocorrem in vitro, numa incubadora, como na FIV.

Nesta fase, pode optar-se por dois caminhos. Um é a eclosão assistida para casos de dois ou mais ciclos sem implantação e quando a idade da mulher é maior ou igual a 35 anos. Antes de ser realizada a transferência embrionária para o útero, abre-se um pequeno orifício no invólucro de cada embrião, para facilitar a eclosão. Outro caminho é realizar ao transplante de citoplasma ou nuclear quando há má qualidade do citoplasma dos ovócitos, após dois ciclos com défice total de desenvolvimento embrionário e falha de implantação. Este procedimento exige análise genética das células dos ciclos anteriores, para verificar que não existem anomalias genéticas dos ovócitos.

Embriões desenvolvidos. E agora?

Tal como na FIV, os embriões são transferidos para o útero num cateter, sob controlo ecográfico. É um processo indolor que demora cerca de 5 minutos. Os embriões são libertados 1 cm abaixo do fundo uterino, à saída das trompas. Após a transferência, o cateter é avaliado no laboratório para confirmar que os embriões foram corretamente depositados.

Nos casos em que não se consegue introduzir o cateter no colo uterino e nos casos em que os embriões não implantam por anomalia molecular dos recetores do endométrio, pode efetuar-se a introdução dos embriões diretamente no endométrio, a chamada transferência tran-sendometrial. Trata-se de um procedimento indolor e sem complicações, feito também sob controlo ecográfico.

E as taxas de sucesso na ICSI?

Segundo o Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida, a taxa de sucesso da FIV é de cerca de 25% a 35%, sendo que a da ICSI é muito semelhante.

PROTOSCOLOS



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

Teresa Charrua - Medicina Chinesa

Avenida Defensores de Chaves, nº 65-A
1000-105 Lisboa
Avenida São Miguel, 296, loja H
2775-751 Carcavelos
Tel | 913 388 786

- > 10% desconto na 1ª consulta;
 - > 10% desconto nos tratamentos.
- Os benefícios ocorrem da seguinte forma:
- Presencial
- > 1ª Consulta de avaliação - 60€ (com parceria 54€);
 - > Sessão de acupunctura - 35€ (com parceria 31,5€);
 - > Sessão de acupunctura laser - 35€ (com parceria 31,5€);
 - > Sessão de acupunctura estética (corporal ou facial) - 40€ (com parceria 36€).
- Online
- > 1ª Consulta de avaliação - 60€
 - > Consultas de seguimento online - 30€

Farmácia da Penha

Estrada da Penha, nº 52
8005 - 135 Faro
Telm.: 916 165 857
Tel.: 289 822 342
geral@farmaciadapenha.pt

- > Medicamentos sujeitos a receita médica sem comparticipação desconto de 5%;
- > Medicamentos não sujeitos a receita médica desconto de 10%;
- > Produtos de Dermocosmética desconto de 10%;
- > Fitoterapia (produtos naturais) desconto de 10%;
- > Puericultura (exceto alimentação infantil) desconto de 10%;
- > Material ortopédico e de penso desconto de 10%.

Margarida Fonseca (psicóloga)

Consultas online de Psicologia:
Instagram
<https://linktr.ee/margaridafonsecapsicologa>
Telm.: 932 436 999
info@psicologamargaridafonseca.com

- > Valor normal da consulta 40€. Desconto de 25% para associados da APFertilidade.

Conheça os outros parceiros da APFertilidade **aqui**.



Associação Portuguesa de
Fertilidade

www.apfertilidade.org