

A close-up photograph of a woman's midsection. She is wearing a black strapless top and grey leggings. Her hands, with dark red nail polish, are holding a white rectangular card with a large, dark brown question mark in the center. The background is a soft, out-of-focus light color.

+ Fertilidade

magazine

EDIÇÃO 4 | SETEMBRO 2019

ÍNDICE

4 EDITORIAL

- UM ANO E MEIO PARA NADA

6 NOTÍCIAS

- CMIN REALIZA CIRURGIA INOVADORA PARA CRIAR NEOVAGINAS EM DOENTES COM MRKH

- ANUNCIADO SEGUNDO NASCIMENTO APÓS TRANSPLANTE DE DADORA FALECIDA

- MAIORIA DOS PROFISSIONAIS EM PMA DEFENDEM ANONIMATO NA DOAÇÃO DE GÂMETAS

10 ARTIGOS

- A MAGIA

- ENTREVISTA: VALORIZAÇÃO DA ENDOMETRIOSE "AINDA NÃO PARECE SER AQUILO QUE DEVERIA"

16 APOIO PSICOLÓGICO

- DOAÇÃO DE GÂMETAS: DIFICULDADES ASSOCIADAS À TOMADA DE DECISÃO

20 NUTRIÇÃO

- ENDOMETRIOSE: QUAL O PAPEL DA NUTRIÇÃO?

24 TESTEMUNHOS

- DIZER ADEUS À GRAVIDEZ NÃO SIGNIFICA DESISTIR DE SER MÃE

- TER DOR NÃO É NORMAL

29 PROTOCOLOS

EDITORIAL

UM ANO E MEIO PARA NADA

Na última edição da **+Fertilidade** a expectativa estava centrada na votação do diploma com as propostas de alteração à Lei da Procriação Medicamente Assistida (PMA) em matéria de Gestação de Substituição, o que viria a acontecer a 19 de julho na Assembleia da República.

Os casais beneficiários estavam confiantes de que se iria finalmente chegar a uma solução e que seria uma questão de semanas para a nova lei, já alterada com base no determinado pelo Tribunal Constitucional, em abril de 2018, entrar em vigor. Três meses depois, a revista da APFertilidade queria ter boas notícias, mas não o pode fazer, pelo menos por agora.

Entre abril de 2018 e setembro de 2019 tudo e nada aconteceu. Mais de um ano e meio passou e nem um passo no bom sentido foi dado. A lei foi de facto aprovada, mas incompleta, por não incluir o direito à gestante em revogar a decisão de entregar a criança após o nascimento ao casal, como exigia o acórdão do Tribunal Constitucional. O diploma foi enviado ao Presidente da República, que perante a evidente falta da norma em causa solicitou ao coletivo de juizes no Palácio Raton a fiscalização preventiva da lei. Dos juizes ouviu-se a palavra inconstitucionalidade, como era esperado.

Na Assembleia da República, o grupo de trabalho para a PMA ouviu entidades, incluindo a APFertilidade, e responsáveis, debateu e analisou os caminhos possíveis e sólidos para que o texto com as alterações à lei respondesse, ponto por ponto, às exigências do Tribunal Constitucional. Em todo este processo, o contributo dos partidos que questionaram o tribunal sobre a constitucionalidade da Lei da PMA foi absolutamente residual ou mesmo nula. A 19 de julho, CDS-PP,

PSD e PCP chumbaram o direito ao arrependimento da gestante nos 20 dias após o nascimento da criança, como proposto pelo BE, sabendo a consequência gravosa do seu voto. A nova lei foi promulgada, mas para nada. Era desde o primeiro minuto inconstitucional.

Nas horas que se seguiram à votação, a APFertilidade recebeu emails e telefonemas de alguns dos casais para quem a lei foi criada. Manifestavam-se felizes com a aprovação, enquanto outros sabiam o que se iria passar a seguir: nada, nada que os ajudasse a avançar, a voltar a ter o direito de tentar o seu filho biológico.

Difícil, angustiante, penoso. É difícil explicar como foi dizer a cada um dos casais que inocentemente acreditaram que tudo estava bem de novo, que afinal nada podiam fazer. Mesmo assim remeteram toda a esperança para Marcelo Rebelo de Sousa, a quem caberia a palavra seguinte. Perante a decisão do Presidente da República foram forçados a encaixar que a espera e desespero vão continuar a fazer parte das suas vidas.

Não há uma lei válida, não se esperam nascimentos, gestantes desistiram de ajudar casais por não poderem continuar, também elas, com as suas vidas em suspenso, tudo por existirem partidos políticos que se assustam e logo travam tudo o que lhes pareça sair da esfera que conhecem quanto ao ético e que consideram inquestionável.

A gestação de substituição é uma alternativa válida, consciente para quem dela precisa e para quem ajuda, complexa, sensível, mas não impossível. Há que ter vontade de trabalhar no sentido de se chegar a uma lei equitativa, que responda aos interesses da criança, da gestante, mas tam-



bém dos beneficiários. Sobrepor direitos, desequilibrar os pratos da balança, em nada contribui para a lei necessária.

A APFertilidade está agora de olhos postos nos dias que se seguirão às eleições legislativas de 6 de outubro. Serão delas que sairão os deputados que se vão sentar nas bancadas parlamentares durante a próxima legislatura. Será a eles que iremos bater à porta para dizer que há cidadãos

cujos direitos não são atendidos, que precisam de ajuda para terem o que para alguns é garantido, serem pais. Sabemos que há portas que estarão abertas por interesse em resolver, em encontrar uma resposta. Haverá outras que serão forçadas a abrir-se ou arriscam-se a ficar para trás, presas a ideias sustentadas numa visão que não é a da realidade, a da experiência, a dos que vivem reféns de vontades políticas e crenças.

NOTÍCIAS

CMIN REALIZA CIRURGIA INOVADORA PARA CRIAR NEOVAGINAS EM DOENTES COM MRKH

“Menos invasiva” e “traumática” e com “benefícios estéticos e na dor pós-operatória”. São estas as principais inovações da cirurgia que começou a ser realizada em julho no Centro Materno-Infantil do Norte (CMIN), no Porto, e que permite que em cerca de uma hora seja criada uma “neovagina” em doentes sem este órgão, como as mulheres com síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hause, ou em casos de encurtamento do canal vaginal.

À +Fertilidade, o médico ginecologista e coordenador da Unidade de Cirurgia Ginecológica Minimamente Invasiva do CMIN e um dos principais especialistas envolvidos na cirurgia, Hélder Ferreira, explicou que se até aqui era possível a criação de uma vagina através da auto-dilatação não cirúrgica, dilatação cirúrgica e procedimentos cirúrgicos envolvendo transplantes de pele ou de intestino, a partir de agora pode utilizar-se um método baseado “numa abordagem minilaparoscópica”, após disseção endoscópica alargada do espaço vesico-rectal e colocação de dilatador.

A cirurgia diferencia-se das anteriores formas de tratamento pela utilização de instrumentos cirúrgicos mais pequenos, ainda menos invasivos que a laparoscopia tradicional. “A técnica minilaparoscópica consiste

na utilização de instrumentos e óticas de menores dimensões do que os usados na cirurgia laparoscópica convencional, inferior a 3 milímetros. Esta abordagem, menos traumática, tem benefícios estéticos e na dor pós-operatória”, sublinhou Hélder Ferreira, acrescentando que a técnica utilizada é inspirada no trabalho desenvolvido pelo “Professor Joerg Keckstein, que adaptou técnicas previamente descritas como os procedimentos de Davydov e Vecchiatti”.

A intervenção mobiliza uma equipa de cinco a sete pessoas, incluindo cirurgiões diferenciados em cirurgia endoscópica e vaginal, anestesistas e enfermeiros, todos com “formação técnica específica e orientada para a melhor realização dos procedimentos”, sublinha. Já na fase da cirurgia, o primeiro passo é a introdução de um minilaparoscópio no umbigo da paciente para a observação endoscópica do quadro malformativo. Aqui, o objetivo é identificar eventuais remanescentes uterinos e seus ligamentos. Depois procede-se à montagem do equipamento para criação de neovagina desenvolvido por Brucker e Wallwiener, seguindo-se a disseção minilaparoscópica alargada do espaço entre a bexiga e o reto. “Após a criação do espaço, um cistoscópio é introduzido

para identificação do melhor local de passagem do sistema de fios que serão puxados retroperitonealmente até à parede abdominal anterior, onde será fixo e suspenderá a ‘cúpula’ da neovagina durante alguns dias”, explicou o médico à +Fertilidade. Balanço pós-cirúrgico “muito positivo”.

Até agora, tanto a unidade como as mulheres submetidas à cirurgia manifestam-se satisfeitas com a técnica utilizada. “O balanço feito pelas pacientes após intervenção a nível físico e psicológico tem sido muito positivo”, assegurou Hélder Ferreira, sublinhando que “o follow-up é muito importante no sentido de garantir o sucesso a longo prazo”.

Para o responsável da Unidade de Cirurgia Ginecológica Minimamente Invasiva do CMIN, o trabalho de investigação ali desenvolvido, nas áreas da minilaparoscopia e endometriose retovaginal, “foi muito importante no projeto desenvolvido e nos resultados positivos obtidos”.

À semelhança da equipa que realizou a primeira cirurgia, médicos de outras unidades hospitalares do país fizeram cursos formativos internacionais sobre as mesmas técnicas cirúrgicas, no sentido de fomentar uma colaboração inter-institucional em Portugal. Numa primeira fase é o CMIN que está a realizar o pro-

cedimento, que estará disponível para doentes de todo o país referenciadas como boas candidatas à intervenção, após uma triagem não só de observação médica, como nas expectativas e

receios manifestados pelas pacientes.

“Temos várias doentes em lista de espera que contamos tratar brevemente. Neste momento, falar em números é pre-

coce, mas sendo o CMIN uma instituição universitária, todos os nossos resultados serão publicados e apresentados em congressos científicos”, assegurou Hélder Ferreira.

ANUNCIADO SEGUNDO NASCIMENTO APÓS TRANSPLANTE DE DADORA FALECIDA

Pela segunda vez a nível mundial uma mulher submetida a um transplante de útero de uma dadora falecida foi mãe. O nascimento foi registado na Cleveland Clinic, no Ohio, Estados Unidos, onde foi feito o transplante no final de 2017.

O anúncio do novo caso foi feito em julho, um mês depois do nascimento da criança por cesariana. “Não podíamos ter pedido um resultado melhor. Correu tudo lindamente durante o parto. A mãe e a bebé estão ótimas”, adiantou a especialista em Medicina Materno-Fetal da Cleveland Clinic, Uma Perni.

A clínica é uma das várias unidades de saúde a nível internacional que nos últimos anos têm desenvolvido estudos e investigação sobre o transplante de útero como forma de tentar solucionar casos de mulheres cuja infertilidade está diretamente associada a problemas neste órgão, nomeadamente a ausência do mesmo. Atualmente, estima-se que uma em 500 mulheres em idade fértil sofra desta condição.

À semelhança do primeiro caso de sucesso anunciado por uma equipa médica no Brasil, também este ano, foi necessário seguir sete fases: triagem primária e secundária, avaliação médica, fertilização in vitro, transplante, transferência de embriões,



gravidez/parto e acompanhamento. Em todo o processo participou uma equipa formada por especialistas em cirurgia de transplante, obstetrícia e ginecologia, fertilidade, neonatologia, bioética, psiquiatria, enfermagem, anestesiologia, doenças

infecciosas, radiologia de intervenção, associações de doentes e assistência social.

“É importante realçar que isto ainda é uma investigação. A área do transplante de útero está a desenvolver-se rapidamente e é entusiasmante ver que alterna-

tivas podem existir para estas mulheres no futuro”, sublinhou Uma Perni no comunicado da Cleveland Clinic.

A mulher, agora mãe aos 30 anos, foi submetida ao transplante de útero no final de 2017 e cerca de um ano depois a uma fertilização in vitro, tendo ficado grávida. Desde que iniciou este trabalho de investigação, a clínica norte-americana realizou cinco transplantes, três bem-sucedidos, incluindo o agora anunciado, e dois que acabaram por levar a que as mulheres tivessem

que ser sujeitas a uma histerectomia, tendo-lhes sido retirado o útero transplantado. A Cleveland Clinic pretende numa primeira fase reunir um grupo de dez mulheres, com idades entre os 18 e os 39 anos, que sejam sujeitas a transplantes de útero de dadoras falecidas para eliminar os riscos de saúde que as dadoras vivas podem sofrer.

Neste momento, dois dos casos de sucesso acompanhados pela clínica aguardam pela transferência de embriões, estando várias outras mulheres em lista

de espera para o mesmo tipo de transplante.

O cirurgião Andreas Tzakis, que esteve envolvido no transplante de útero, considerou importante que “procedimentos como este se tornem normais para mulheres que escolheram esta opção”.

“Estou orgulhoso por fazer parte de uma equipa que se dedica ao bem-estar do doente e ao avanço da medicina”, reforçou, por sua vez, o obstetra-ginecologista Tommaso Falcone, também da equipa médica.



MAIORIA DOS PROFISSIONAIS EM PMA DEFENDEM ANONIMATO NA DOAÇÃO DE GÂMETAS



As novas normas que estabelecem o fim da confidencialidade dos dadores de gâmetas e embriões estão em vigor desde 1 de agosto deste ano, mas desde abril do ano passado, com o anúncio do acórdão do Tribunal Constitucional, que se tornou obrigatório que a lei fosse alterada nesse sentido. No entanto, profissionais da área da Procriação Medicamente Assistida (PMA), que participaram num questionário realizado no âmbito de um estudo do Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP), manifestaram-se na maioria a favor da manutenção do anonimato.

As conclusões do estudo “Anonimato, Acesso e Partilha de Informação na Doação de Gâmetas em Portugal: Como se Posicionam os Profissionais em Medicina da Reprodução?” foram reveladas este verão, cerca de um ano depois dos profissionais dos centros de fertilidade a funcionar em todo o país, desde médicos, embriologistas, enfermeiros a psicólogos, terem sido convidados a participar no inquérito, que esteve disponível no site da Universidade do Porto entre 22 de abril de 2018, dois dias antes do anúncio do acór-

dão, e 21 de julho, três meses depois do Tribunal Constitucional se ter pronunciado.

De acordo com o trabalho desenvolvido pelas investigadoras Susana Silva, Catarina Samorinha e Cláudia de Freitas e divulgado na revista “Acta Médica Portuguesa”, das 37 pessoas que responderam ao questionário, 64,5% indicou que concordava com o anonimato dos dadores de gâmetas, contra 12,9% que se opunha. Dos participantes, sete (22,6%) optaram por responder que preferiam um regime duplo, onde tanto dadores como beneficiários pudessem optar pela doação anónima ou identificada.

Também a maioria (67,6%) dos que responderam considerou adequada a localização dos bancos públicos de colheita de gâmetas, atualmente no Centro Hospitalar do Porto, no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e na Maternidade Alfredo da Costa, em Lisboa, com 10,8% a manifestar opinião contrária.

Outra das questões colocadas foi se concordavam com a prioridade de acesso a casais heterossexuais no Serviço Nacional de Saúde em relação aos casais do mesmo sexo, com o sim

e o não a representarem percentagens aproximadas. Pelo contrário optaram 51,4%, enquanto 45,9% disse que se opunha, o que na prática resultou numa diferença de dois profissionais a penderem mais pelo sim.

Ainda quanto a prioridades de acompanhamento nos centros de PMA públicos, a maioria (62,2%) disse discordar que as mulheres casadas tivessem um acesso prioritário ao apoio à fertilidade, em relação a mulheres solteiras.

A última questão referiu-se à possibilidade dos dadores serem informados sobre os resultados da doação, nomeadamente se resultaram numa gravidez ou nascimento, com 62,2% dos profissionais a responderem que “não”.

Com base nas conclusões do estudo, as investigadoras do ISPUP deixaram o apelo ao “desenvolvimento de espaços participativos que promovam o diálogo e aprendizagem mútua entre diferentes stakeholders diretamente envolvidos na medicina da reprodução”, contribuindo com propostas de “enquadramentos político-jurídicos que considerem as expectativas, saberes e inquietações de todos os interessados”.

ARTIGOS



VLADIMIRO SILVA

Diretor do Laboratório de PMA da Ferticentro

Administrador da Ferticentro e da Procriar

Quando se escreve ou fala sobre Medicina da Reprodução costuma-se dizer que é no Laboratório que a magia acontece. E de facto é verdade: estamos a tratar e juntar óvulos e espermatozóides para obter embriões, que depois têm potencial para originar um ser humano completo, capaz de se rir, chorar, apaixonar e emocionar, tal como nós que o estamos a criar. E isso de facto é mágico, pois este pequeno passo em que algumas células que individualmente não têm qualquer capacidade de sobrevivência se juntam para originar algo que vai dar origem a um ser vivo completo é algo que provavelmente nunca conseguiremos compreender na sua plenitude.

A MAGIA

Portanto, é verdade que fazemos magia - mas também é verdade que não somos mágicos.

Somos, tão só e apenas, as pessoas que aplicam no dia-a-dia conhecimentos e metodologias científicas desenvolvidas durante décadas e que são o produto do trabalho conjunto de muitos cientistas que em todo o mundo foram acrescentando mais um bocadinho àquilo que se sabia anteriormente e nos fizeram chegar onde estamos hoje, com mais de 8 milhões de crianças nascidas de técnicas de Procriação Medicamente Assistida (PMA).

Sabemos que uma mulher nasce em média com cerca de 1 a 2 milhões de óvulos, que se vão perdendo ao longo do tempo e que no início da puberdade são "apenas" cerca de 400 mil. Não são ainda óvulos maduros, prontos a serem fertilizados, mas sim folículos primordiais, preparados para passarem por um processo de diferenciação que se há-de iniciar quando, na adolescência, as hormonas derem os primeiros sinais. Ou seja, os óvulos a partir dos quais nascemos estavam já nos ovários das nossas mães biológicas quando as nossas avós estavam grávidas destas - somos, portanto, o produto de todas estas influências, na medida em que as células a partir das quais nos

formámos estiveram expostas a factores e agentes que actuaram muito antes de nascermos. Hoje sabemos por exemplo que os filhos de uma mãe fumadora têm maior probabilidade de ter problemas de qualidade do esperma do que alguém que seja ele próprio fumador, mas cuja mãe nunca fumou!

Mas voltemos ao óvulo e ao que acontece fisiologicamente nas mulheres: entre o dia em que têm a primeira menstruação e o momento em que entram na menopausa, as mulheres libertam em média cerca de 400 óvulos (aproximadamente um a cada 28 dias). Ou seja, dos 400 mil iniciais há 399.600 óvulos que, em condições normais, nunca chegam a participar numa ovulação ou a ter a possibilidade de serem fertilizados.

Um óvulo demora habitualmente cerca de 270 dias a desenvolver-se desde o folículo primordial até ao ovócito maduro (em metafase II) e pronto a ser fecundado, sendo que do conjunto de óvulos que faz este percurso habitualmente só um é que o completa na totalidade, existindo outros que vão degenerando pelo caminho.

Nos tratamentos de PMA começamos por fazer uma estimulação controlada dos ovários, que tem um triplo objectivo: assegurar que o número de óvulos que entra nos 14 dias finais do proces-

so de ovulação é superior (em vez do único óvulo que as mulheres habitualmente libertam mensalmente, tentamos obter 8 a 15, de modo a aumentar a probabilidade de encontrarmos um óvulo viável), garantir que o desenvolvimento ovocitário decorre num ambiente hormonal adequado, com os óvulos a serem expostos às quantidades correctas das diversas hormonas, de modo a minimizar o risco de ocorrência de erros de desenvolvimento e por fim controlar tudo o que está a acontecer em cada momento. Sim, na reprodução somos control freaks e temos uma lupa apontada a todo o processo - para que tudo corra bem, tudo tem que estar bem e a acontecer no momento certo.

É por isso que controlamos os níveis hormonais antes e durante o processo de estimulação e que fazemos tantas ecografias: temos que observar o desenvolvimento e características dos folículos em desenvolvimento, para identificar o momento em que podemos desencadear a maturação final e dos óvulos e saber quando é que os podemos recolher a partir dos ovários.

Quando chegam ao laboratório, os óvulos vêm rodeados de células da granulosa, que temos que retirar se pretendemos fazer a microinjecção de um espermatozóide no interior do óvulo (a chamada ICSI) ou que deixamos ficar se a nossa intenção for avançar com uma técnica de FIV clássica, pois estas libertam substâncias quimiotácteis, que "atraem" os espermatozóides, ao mesmo tempo que também ajudam na respectiva selecção.

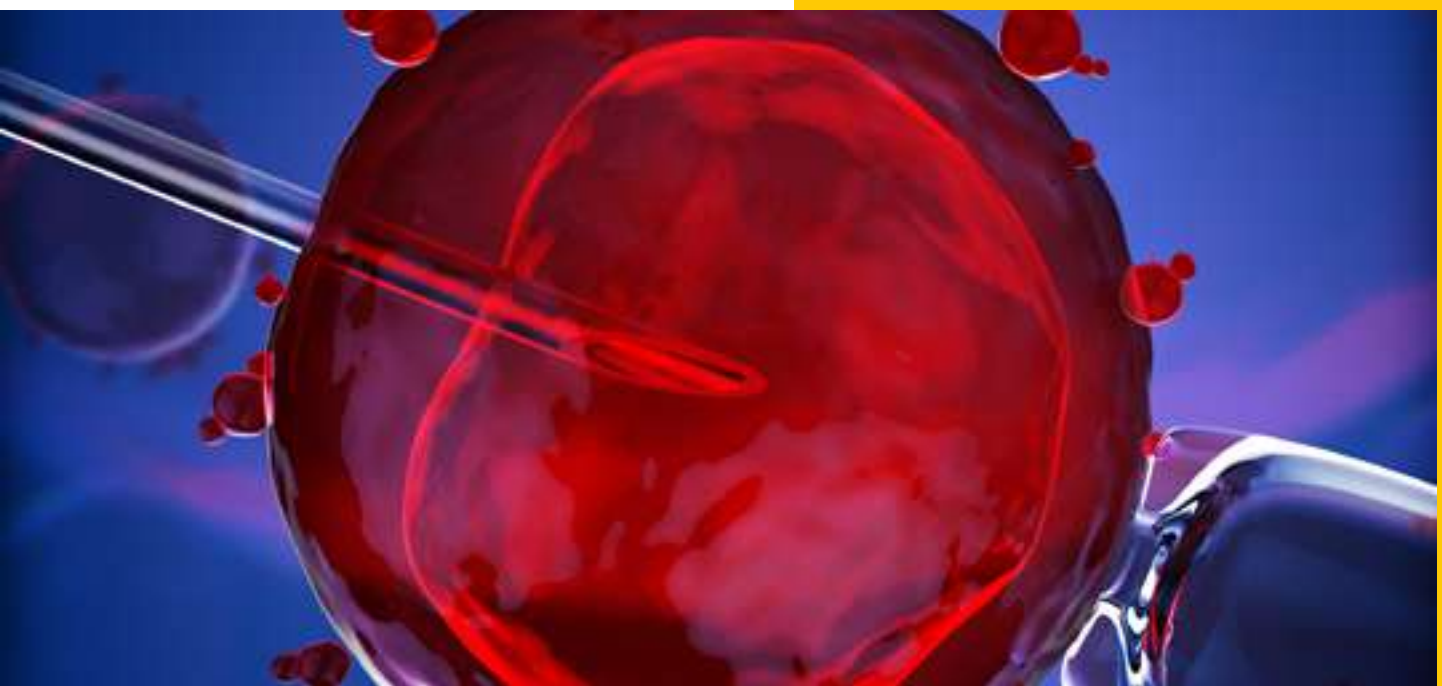
Infelizmente nós, os humanos, somos uma espécie pouco fértil. Um homem e uma mulher saudáveis, que estejam no pico da respectiva fertilidade (por exemplo, aos 25 anos) e que não tenham outros problemas de saúde, se fizerem as coisas de uma forma natural, no dia certo e à hora certa, têm

apenas 25% de probabilidade de conseguir uma gravidez em cada ciclo.

Claro que se estiver tudo bem as pessoas voltam a tentar no ciclo seguinte e como tal a maioria dos casais (aproximadamente 85%, se contarmos com todos os casais em idade fértil) acaba por conseguir engravidar após um ano de tentativas. Os restantes 15% são os casos de infertilidade, em que por qualquer razão as coisas não acontecem naturalmente, sendo necessária a correcção clínica dos problemas existentes para que possa acontecer uma gravidez.

Quem engravida naturalmente após 7 meses de tentativas não tem muitas vezes a noção de que só o conseguiu à sétima tentativa, isto é, que teve uma taxa de sucesso de 14%. Na verdade, como o conseguiu de forma não médica essa pessoa nem sequer foi considerada infértil e, se conseguiu ter sucesso de uma forma não particularmente empenhada, estará longe de perceber a quantidade de vezes em que as coisas correram mal. Vivemos os problemas em função da percepção que temos da respectiva existência e, como diz o povo, o que os olhos não vêem o coração não sente.

Muitas vezes perguntamo-nos como é possível que enquanto espécie sejamos tão pouco eficazes - e a verdade é que não há uma resposta simples ou clara para essa questão. De facto os nossos espermatozóides e os nossos óvulos não são todos viáveis e temos todos que reconhecer que também não ajudamos a que isso aconteça: cada vez tentamos ter filhos mais tarde, vivemos vidas stressantes, não nos alimentamos bem, nem sempre temos cuidado com a nossa saúde - e a estes factores acrescem aqueles que não controlamos, como a genética ou a exposição involuntária a agentes poluentes ou susceptíveis de causar infertilidade.



Enfim, e recorrendo novamente à sabedoria popular (esta do Brasil), "não vale a pena chorar sobre o leite derramado" e a verdade é que se chegamos a um ponto em que temos um problema, temos é que o resolver - e é para isso que servem os tratamentos de PMA e todas estas fantásticas tecnologias de que dispomos na actualidade.

Regressemos então aos aspectos científicos e pensemos agora no lado masculino do problema. Com os homens a natureza foi um pouco mais

generosa do que com as mulheres: costumamos até dizer que em termos reprodutivos os 35 anos da mulher são os 45 do homem, assinalando estas idades como aquelas a partir das quais temos que nos preocupar em procurar ajuda mais cedo e estar mais atentos a eventuais problemas. E como se isso não bastasse, nós os homens temos, pelo menos teoricamente, um enorme excedente de células reprodutivas.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, um homem que tenha um esperma normal terá que produzir mais de 39 milhões de espermatozóides em cada ejaculação, sendo que a verdade é que só precisamos de um espermatozóide para conseguir uma gravidez. Ou de 10 ou 15, se estivermos a aplicar uma técnica de PMA. Enfim, então para que servem tantos espermatozóides? Na verdade não servem para muita coisa.

É importante termos a noção de que nem todos os espermatozóides são viáveis e possuem capacidade de fecundação (por exemplo, é normal que um homem fértil tenha 90% a 95% dos seus espermatozóides com anomalias morfológicas), sendo que muitos destes têm anomalias genéticas que fazem com que a sua utilidade no processo de fecundação seja nula. Ou seja, só uma pequena parte dos tais 39 milhões é que realmente contam - temos é que descobrir quais!

Para fazer face a este problema de abundância as mulheres desenvolveram uma espécie de filtro natural chamado muco cervical: trata-se de um sistema complexo de pequenos labirintos e túneis que os espermatozóides têm que atravessar para poderem subir através do aparelho reprodutor feminino e atingir o local da fecundação. Só os mais fortes e mais móveis é que conseguem percorrer esta barreira natural e aproximar-se do óvulo, que entretanto será libertado no pavilhão da trompa.

No laboratório imitamos este filtro com a chamada lavagem do esperma: primeiro com partículas de sílica coloidal que nos permitem separar os espermatozóides do resto dos constituintes do esperma, depois com meios de cultura desenhados para nutrir e fortalecer os espermatozóides. No final temos uma fracção do total de espermatozóides disponíveis inicialmente e que teoricamente contém os que têm maior capacidade de fecundação e menos riscos de conter erros genéticos. Este processo de lavagem é altamente eficaz, tendo até a

capacidade de remover vírus como por exemplo o HIV ou o da hepatite B, proporcionando no final uma amostra de espermatozóides seleccionados e livres de muitos dos factores com potencial impacto negativo.

Se o nosso objectivo for a realização de uma FIV convencional juntamos numa placa laboratorial cerca de 100 mil destes espermatozóides

com mobilidade progressiva rápida juntamente com um óvulo, enquanto

que se estivermos a realizar um procedimento de ICSI apenas precisaremos de "pescar" o espermatozóide que, depois de ter passado todas as etapas de selecção, apresenta características morfológicas mais perfeitas. Há sempre uma enorme aleatoriedade nesta escolha, mesmo quando se utilizam técnicas especiais, como as placas PICSI, as colunas de anexina (MACS) ou técnicas de amplificação como a IMSI.

No final de todo este processo (aqui descrito de forma simplista e sem contemplar múltiplas variações que podem ocorrer às técnicas utilizadas) temos aquilo que pretendíamos: um óvulo (a maior das células humanas) e um espermatozóide (a mais pequena das células humanas, se não contarmos com a cauda), cada um com 23 cromossomas (um cromossoma de cada par), que depois de se juntarem darão origem a uma nova entidade, o embrião, que terá 46 cromossomas (metade proveniente da parte masculina e metade da parte feminina) e se poderá desenvolver até ao nascimento de uma criança.

Há muito mais para dizer sobre o que fazemos no laboratório e a este texto faltam toneladas de detalhes sobre todos os processos mencionados, mas na verdade, e em resumo, é mesmo isto que fazemos: magia.

A magia da vida.

**AS MULHERES LIBERTAM
EM MÉDIA CERCA DE
400 ÓVULOS**
(APROXIMADAMENTE UM
A CADA 28 DIAS)

ENTREVISTA

VALORIZAÇÃO DA ENDOMETRIOSE “AINDA NÃO PARECE SER AQUILO QUE DEVERIA”



A endometriose faz parte da realidade de 176 milhões de mulheres em todo o mundo, o equivalente a cerca de 10% da população feminina em idade reprodutiva. Sem uma cura ainda estabelecida, não deixam de existir progressos significativos a nível de tratamentos e na atenuação dos sintomas, onde a dor, muitas vezes incapacitante, é um dos principais motivos que impedem as doentes de ter qualidade de vida. Convidámos o **coordenador da Unidade de Cirurgia Minimamente Invasiva Ginecológica e Endometriose do Centro Materno-Infantil do Norte, Hélder Ferreira**, para responder a algumas questões sobre esta doença, nomeadamente como se manifesta e que respostas médicas existem.





[+Fertilidade] Que sintomas podem indicar a presença de endometriose e a partir de que idade se podem manifestar? Existem sinais a que a mulher deve estar atenta que vão além do expectável na menstruação?

[Hélder Ferreira] Dor intensa durante o período menstrual, por vezes incapacitante e resistente aos analgésicos mais comuns, é um sinal de alerta que pode indicar a presença de endometriose. A doença pode começar a manifestar-se na adolescência, logo durante as primeiras menstruações. Todavia, há casos em que a mulher inicia sintomas numa fase mais avançada da vida, por vezes após os partos. Dor na relação sexual também é um sinal de alerta. Também devemos estar atentos às queixas de dor durante a micção ou defecação associada à menstruação. Mais raramente, há quadros de dor cíclica em localizações não-pélvicas (tórax, abdómen) que coincidam com as menstruações ou ovulações fazendo pensar em endometriose extra-pélvica. Esta patologia já foi identificada em praticamente todos os órgãos da mulher.

[+Fertilidade] Que exames podem confirmar um diagnóstico?

[HF] O exame ginecológico na consulta consiste no primeiro e mais importante estudo para a avaliação e a orientação diagnóstica. Seguidamente, a ecografia pélvica endovaginal assume um papel muito relevante como complemento do exame físico. Adicionalmente, a ressonância magnética pélvica tem uma relevância ímpar no mapeamento e classificação da doença. Finalmente, a laparoscopia é o método gold standard para o diagnóstico, pois permite uma visualização direta dos implantes e manifestações da doença (aderências, nódulos ou quistos). A laparoscopia assume

também um papel determinante no tratamento da doença.

[+Fertilidade] Considera que existe sensibilidade e informação ao nível dos cuidados primários, mas também de alguns ginecologistas, para se suspeitar que se pode estar perante a doença? Ainda se desvalorizam as queixas feitas pela mulher?

[HF] Nos últimos anos houve avanços importantes no conhecimento da doença entre os pares, quer a nível dos cuidados de saúde primários quer entre os colegas de especialidade. Todavia, a valorização da doença ainda não parece ser aquilo que deveria ser. Trata-se de uma doença em que o diagnóstico precoce e a prevenção são cruciais para evitar quadros avançados e muito complexos que comprometem a capacidade reprodutiva, a função urinária e intestinal da mulher. A endometriose é uma doença inflamatória, mais frequentemente localizada na pélvis, que causa aderências/cicatrizes entre os intestinos, os ovários, trompas, e o útero.

[+Fertilidade] A endometriose ainda não tem cura, mas é possível atenuar a sintomatologia. Que tratamentos podem ajudar? A nutrição ou exercício físico adequado podem ser considerados bons complementos?

[HF] Começa a haver evidência científica e publicações credíveis que refutam o paradigma de que a endometriose não tem cura. Na verdade, a evolução tecnológica e técnica recentes têm permitido procedimentos cirúrgicos laparoscópicos cada vez mais precisos e eficazes na identificação e remoção da doença. O conhecimento da doença e seu comportamento tem evoluído e possibilitado tratamentos com melhores resultados.



A alimentação tem um papel importante pois, sabe-se que a ingestão de alimentos “pró-inflamatórios” como carnes vermelhas e enchidos poderão influenciar negativamente a evolução da doença. O exercício físico pela sua ação benéfica no sistema imunitário traz vantagens para a evolução da doença.

[+Fertilidade] Em que situações a cirurgia é considerada? Existem casos em que devido à complexidade da doença pode não resultar?

[HF] Segundo a literatura científica e a experiência dos maiores centros internacionais no tratamento da endometriose, a laparoscopia cirúrgica associa-se à melhoria da dor em mais de 70% das doentes. A cirurgia está indicada nos casos de dor resistente ao tratamento médico, presença de nódulos ou implantes com atingimento intestinal ou urinário e, também em muitas situações de infertilidade associada. Frequentemente, a distorção anatómica concomitante à doença inflamatória pélvica (endometriose) pode causar retração ou repuxamento das trompas e ovários. A laparoscopia permitindo a lise destas aderências associadas, poderá permitir uma gravidez espontânea. Os fatores mais comuns associados à persistência ou recorrência dos sintomas são a presença de adenomiose (associada à endometriose), tratamento cirúrgico incompleto ou, por sensibilização periférica ou central à dor.

[+Fertilidade] Já registou algum caso em que não foi possível ajudar a doente? Havia alguma particularidade?

[HF] Até à data tem sido sempre possível fazer algo em benefício das doentes. Todavia, há sempre casos mais desafiantes que nos fazem continuar a estudar, investigar, auscultar opinião de “experts” internacionais e partilhar as nossas dúvidas e an-

gústias. Por vezes, há situações em que as doentes não aceitam as nossas orientações terapêuticas e desta forma sugerimos procurar outras opções ou opiniões.

[+Fertilidade] A relação entre endometriose e infertilidade existe, mas não é considerada imperativa. Que possibilidades de tratamento elevam as hipóteses de uma gravidez?

[HF] Nos casos de infertilidade associada à endometriose penso que se deverá fazer um estudo exaustivo do aparelho reprodutor para perceber a relação entre ambas. Um exame ginecológico cuidadoso, para avaliar a mobilidade uterina e a presença de massas anexiais, fornecerá informação útil sobre a existência de eventuais aderências pélvicas e de quistos de endometriose ováricos. Adicionalmente, a ecografia e a ressonância magnética pélvicas podem fornecer indicações sobre a potencial relação entre a endometriose e a infertilidade ou, mesmo a existência de outra patologia pélvica concomitante. A realização de uma laparoscopia é muito importante no diagnóstico e tratamento. No entanto, há muitos casos em que a doença já teve um impacto tão importante no aparelho reprodutor da mulher que a orientação para técnicas de reprodução medicamente assistida poderá ser uma opção.

[+Fertilidade] Que conselho deixa às mulheres que recebem a endometriose como diagnóstico?

[HF] Que mantenham a serenidade e procurem a melhor ajuda e orientação pois, como referi, houve avanços importantes no diagnóstico e tratamento da endometriose e já é possível dar uma resposta adequada, na maioria dos casos, a esta doença tão prevalente e complexa.



APOIO PSICOLÓGICO

DOAÇÃO DE GÂMETAS: DIFICULDADES ASSOCIADAS À TOMADA DE DECISÃO

“Quando for grande quero recorrer à doação de gâmetas para ser mãe/pai” – pensou ninguém jamais. Já não chegava a constante desilusão com a chegada das menstruações, a consulta que era só para ficar descansado que afinal se havia tornado numa série de potenciais problemas depois de exames indizíveis, os vários ciclos de tratamento e as parcas hipóteses de sucesso, e em muitos casos uma ou mais perdas gestacionais. A montanha-russa é das metáforas mais comumente utilizadas para caracterizar a vulnerabilidade e emoções associadas aos tratamentos, mas na verdade há muitas opções neste parque de diversões (perdoem-me a ironia) com rifas para a parentalidade.

A consideração de técnicas de PMA com recurso a doação deve ter lugar quando o prognóstico é ou começa a ser mais desfavorável do que o desejado. É importante que o recurso a doação seja considerado desde logo por estes casais não só porque a probabilidade de sucesso com esta técnica é bastante maior, mas também pelo papel da idade feminina. Assumindo a mesma medicação e a mesma técnica, a probabilidade de levar uma gravidez a bom porto com recurso a doação é 26% superior à probabilidade de um nado vivo com os próprios gâmetas. Se tomarmos em consideração um exemplo de uma mulher de 40 anos com altura e peso médio portugueses, a probabilidade

de de sucesso num ciclo de FIV é de 23% contra 55% se recorrer à doação de ovócitos (sem diagnóstico conhecido). Se esta mulher tivesse 35 anos, os números seriam 41% vs. 56%.

Estima-se que casais com mulheres acima dos 40 anos procuram tratamentos de fertilidade aproximadamente seis vezes mais do que os casais com uma idade feminina inferior. Embora haja hoje uma forte preocupação com o possível sobretratamento de casais com bom prognóstico, falta-nos uma preocupação com o conhecimento e a tomada de decisão dos casais com baixas probabilidades de sucesso. Não há qualquer recomendação em relação àquilo que seria um número razoável de ciclos com

gâmetas próprios antes de partir para a doação nestes casos. Para além do custo financeiro, o custo emocional e o cansaço associado a estes processos pode ser tremendo. A necessidade de contemplar esta hipótese atempadamente está também ligada ao fato de um em cada quatro casais desistir do processo precocemente, sendo uma das razões principais o fardo emocional. Com a crescente oferta e de técnicas ligadas à genética não é fácil tomar esta opção. O constante avanço científico faz-nos acreditar que pode não ser um processo simples, mas o sucesso é garantido. Esta dificuldade reside não apenas no casal, mas também nos profissionais de saúde que os acompanham: as grandes esperanças e as expectativas muitas vezes irrealistas cabem a todos. É sabido que os pacientes (em geral e não só no campo da medicina reprodutiva) tendem a sobrestimar a probabilidade de sucesso dos seus tratamentos e têm uma confiança excessiva no desfecho.

A preocupação de qualquer paciente que recorre à doação de gâmetas prende-se obviamente com a importância da genética. O debate entre natureza e criação (nature vs nurture) vigora há quase uma centena de anos, e ainda existem vários mitos e controvérsias associados. Em 1920, a introdução do behaviorismo iniciou o debate depois de 50 anos de Darwinismo. Os anos 30 e 40 trouxeram de volta uma fortíssima crença na importância da genética, que culminou com a Segunda Guerra Mundial. A teoria da aprendizagem social nos anos 50 voltou a enfatizar o poder do ambiente. Desde os anos 80 que sabemos não haver vencedor e cada vez

mais percebemos que existe uma interação.

A razão pela qual não é óbvio que os dados sejam rastreados por testes de personalidade para lá da entrevista clínica, reside no fato de, apesar da heritabilidade poder explicar a variação entre alguns traços, não explicar a causalidade. Uma característica com baixa heritabilidade pode sofrer influência genética, assim como a baixa heritabilidade de uma característica é maleável ambientalmente. Tomemos a altura, característica com 90% de heritabilidade. Há um exemplo conhecido que envolve uma aldeia de um país subdesenvolvido onde os homens eram em média significativamente mais baixos que a restante população do país, e a heritabilidade observada mantinha-se nos 90%. Com a introdução do saneamento e maior diversidade nutricional, a altura das gerações seguintes aumentou. Outro exemplo comum da natureza é a pilosela: plantadas sementes idênticas, a flor cresce mais espessa em habitats rochosos, e mais adelgada em habitats arenosos.

Do mesmo modo, também as experiências ambientais não conseguem explicar a causalidade, sendo até que estas são únicas para cada indivíduo. O exemplo mais óbvio são os irmãos, que podem ter personalidades muito diferentes apesar da proveniência genética idêntica e da partilha do mesmo ambiente. O ambiente que rodeia o primeiro filho pode ser diferente daquele onde o segundo se insere (por ex. pela diferenciação que os próprios pais vão fazendo), e o modo como cada um atribui importância às experiências e à influência que estas podem ter é também diferente. Embora a

heritabilidade dos traços de personalidade geralmente ronde valores entre 30 e 50%, há forte evidência de que o ambiente e as experiências influenciam a expressão dessa mesma personalidade. Sabe-se também que, ao passo que heritabilidade decresce ao longo do ciclo de vida de uma pessoa, a continuidade da



MARIANA VELOSO MARTINS

Psicóloga clínica com especializações em Terapia de Casal e Sexual, e Terapia Familiar. É docente e investigadora na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, onde integra também o corpo clínico do Serviço de Consulta Psicológica. Foi coordenadora do Grupo de Interesse em Psicologia da Sociedade Europeia de Reprodução Humana e Embriologia (ESHRE), e dirige a secção de Psicologia da Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução.



influência ambiental aumenta. A sociabilização da personalidade é talvez o maior contributo ativo que podemos deixar aos nossos filhos. Por vezes, embrenhados num processo em que parece que progressivamente vamos perdendo o controlo das nossas vidas, podemos esquecer da importância que isso tem.

O sentido de incontrollabilidade acompanha toda a parentalidade, e isso remete-nos para uma das questões mais recorrentes – de que forma é que o recurso à doação afetará a relação entre pai/mãe e filho? Atualmente sabemos que tanto as

crianças concebidas por recurso à doação, desde a primeira infância à adolescência, como os seus pais são psicologicamente bem ajustados e não diferem de famílias que tiveram filhos através da conceção espontânea ou com recurso a tratamentos com os próprios gametas. Também no que diz respeito à qualidade da relação mãe-bebé não há diferenças. Curiosamente, após o nascimento dos filhos a ansiedade associada à falta de uma conexão biológica diminui nos pais que não a têm, e a confiança na socialização aumenta.

O conhecimento acerca do modo de conceção não parece afetar significativamente as crianças, e a maioria dos adolescentes reporta alguma indiferença. Parece haver evidência de que as crianças a quem é revelada a utilização de gametas doados antes dos 7 anos de idade têm um maior ajustamento psicológico e maior qualidade de relações familiares do que aquelas a quem é contado depois desta idade, sendo que

a investigação neste campo ainda é escassa. Uma edição anterior desta revista já se debruçou sobre a importância de revelar aos filhos atempadamente e não manter segredo sobre a doação. No cenário atual o anonimato na doação de gametas é impossível de garantir devido aos testes de DNA de venda direta ao consumidor. Isto independentemente da lei que vigore, embora mudanças nos quadros legais que estejam a tomar lugar por todo o mundo, incluindo Portugal. É importante ressaltar que não há diferenças entre os adolescentes a quem foi ocultado o modo de conceção e aqueles a quem foi revelado. Existem, no entanto, vários casos de adolescentes e jovens adultos cuja descoberta é sem dúvida perturbadora, sendo que facilmente se imagina o abalo que uma surpresa deste género poderá ter na relação de confiança com os pais.

A relação de casal também parece não ser afetada por esta opção, já que se sabe que o risco de rutura da relação não difere entre casais que recorram à doa-

(...) qualquer paciente que recorre à doação de gametas prende-se com a importância da genética

ção e casais que conceberam espontaneamente. Note-se, no entanto, que apesar de o risco de divórcio não ser superior em casais que recorrem a tratamentos de fertilidade quando comparados com aqueles que não tiveram que o fazer, a probabilidade é maior para os casais que não têm filhos, independentemente de terem tido tratamento ou não. Para além da relação, também a saúde mental é afetada quando o desejo de parentalidade permanece (mesmo que já se tenha outros filhos). Ademais, esta influência subsiste a longo prazo - dados recentes apontam para o fato de a prevalência de condições como a depressão, 20 anos depois de realizados tratamentos de fertilidade, ser maior nas mulheres cujos ciclos não foram bem-sucedidos.

Posto isto, a ênfase deve ser colocada em alcançar a família desejada. Tanto os pacientes como os profissionais de saúde que os acompanham devem saber qual é o desfecho ideal para o seu caso. Ou seja, desde o início, o plano de tratamentos de um casal que apenas ponderam ter um filho genético deve ser diferente do plano que se elabora com um casal que considera alcançar a parentalidade de mais que uma forma. Ambas as opções são legítimas e evidentemente as fronteiras entre elas são fluídas, e por isso sentindo que é necessária mais informação deve-se recorrer a um apoio especializado. O aconselhamento psicossocial é recomendado para todas as pessoas que recorrem à doação de gâmetas, mas deveria ocorrer antes no caso dos casais com baixo prognóstico, incluindo idade feminina avançada. Fala-se na necessidade de fazer o luto do filho biológico antes de partir para a doação. É um conceito que me parece emaranhado e difícil de delimitar por vários motivos.

Desde logo, a verdade é que há uma antecipação desse luto que começou lá atrás, por exemplo ao segundo ou terceiro teste de gravidez negativo, ou ao ter acesso ao resultado do espermograma e perceber que iria de fato ser mais difícil do que aquilo que se pensava. Em segundo lugar, não há propriamente um desfecho relativamente a essa perda se ainda há opções viáveis para realizarmos a parentalidade. E isto leva-nos a outra questão que se prende com o fato de, quando consideramos um casal, estarmos na grande maioria das vezes a considerar apenas um membro e como tal deixa de haver uma perspetiva de família. Finalmente, coloca-se a ênfase demasiado na genética e não na socialização no que diz respeito à parentalidade.

Deve ser dada a opção aos pacientes de poderem explorar as suas crenças e partilhar os seus medos relativamente à doação de forma atempada.

Para além do aconselhamento, a chave deste tipo de processos é a transparência de informação na relação com os profissionais. Idealmente haverá uma discussão personalizada e realista das opções para cada caso, com as correspondentes taxas de sucesso. Não sendo a medicina da reprodução diferente de tantos outros contextos onde há mais que uma opção, as regras da tomada de decisão partilhada em contextos de saúde são aplicáveis. Em qualquer etapa no acompanhamento, o paciente pode perguntar-se:

- Sei quais são as minhas opções relativamente ao tipo de tratamentos disponíveis para o meu caso?
- Sei quais são os pros e contras de cada uma dessas opções?
- Sei como procurar apoio para tomar uma decisão se precisar?

Evidentemente, a resposta deve ser sempre afirmativa.

Escrevo estas linhas na mesma semana em que foram publicadas várias notícias sobre a imensa lista de espera dos pacientes que frequentam os centros públicos para o recurso à doação. Como se já não bastasse a injustiça da biologia que não anda a par dos tempos modernos, aliada à injustiça associada à recente legislação ainda sem resolução definitiva em alguns pontos. A falta de gâmetas doados para corresponder às necessidades é um problema em muitos países, mas não pode ser desculpa para não se considerar a opção oportunamente. A educação é fundamental não só para ajudar os pacientes a tomar decisões mais informadas, mas também para a angariação de doadores. A APFertilidade e a Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução começaram também a abrir caminho neste sentido, e quero crer que numa sociedade há cada vez menos preconceitos em relação à diversidade no que diz respeito à constituição das famílias, também os associados à importância da genética diminuirão.

A autora escreve segundo o novo Acordo Ortográfico

NUTRIÇÃO

ENDOMETRIOSE: QUAL O PAPEL DA NUTRIÇÃO?



JOANA PEREIRA

Nutricionista na MAE Clinic
Autora do site www.nutricionistajoanapereira.pt

A endometriose é uma patologia ginecológica, caracterizada pela aderência de fragmentos endometriais em locais extra-uterinos (predominantemente na cavidade peritoneal e ovário, mas ocasionalmente no diafragma, fígado e parede abdominal). Esta condição ocorre em aproximadamente 10% das mulheres em idade fértil e está presente em cerca de 25-45% das mulheres com infertilidade.

A origem da endometriose ainda não é completamente conhecida e, por isso, é ainda motivo de alguma controvérsia. A menstruação retrógrada

através das trompas, fenómeno normal em muitas mulheres, pode facilitar a implantação de tecido do endométrio na zona pélvica, sendo um dos mecanismos aceites para o desenvolvimento da endometriose. Por outro lado, admite-se também a possível influência de fatores genéticos, hormonais (tais como níveis elevados de estrogénios), étnicos (risco mais elevado na mulheres caucasianas), ambientais (substâncias tóxicas, como as dioxinas) ou sociais (stress elevado).

Muitas vezes o diagnóstico surge tardiamente, após queixas

de dores durante as relações sexuais, dores pélvicas, dores menstruais fortes ou suspeitas de infertilidade, todas condições que reduzem significativamente a qualidade de vida das mulheres com endometriose.

A dieta é um fator de risco para diversas doenças crónicas. O papel da dieta na endometriose tem sido alvo de diversas pesquisas, embora ainda seja necessária mais investigação, sobretudo para se entender os mecanismos por detrás da associação de certos nutrientes com o maior ou menor risco de endometriose.



ÁCIDOS GORDOS ESSENCIAIS ÔMEGA 3 (EPA/DHA)

Estudos mostram que as mulheres com uma maior ingestão de ômega 3, e consequentes maiores níveis séricos deste ácido gordo, apresentam um menor risco de endometriose.

Crê-se que os sintomas de endometriose sejam resultantes de um ambiente excessivamente inflamatório na cavidade peritoneal, pelo que este tipo de gordura, pelo seu efeito anti-inflamatório, protege as mulheres não só do risco de desenvolverem a doença mas também dos seus sintomas. Em animais, a ingestão de EPA/DHA foi associada à redução da progressão da doença, mas esta evidência ainda carece de estudos em humanos.

Alimentos fontes de EPA/DHA são os peixes gordos como a sardinha, cavala e arenque e, a um nível menor e de mais obtenção pelo nosso organismo, na linhaça. Também podemos obter este nutriente através de um suplemento, sendo que este deve ser prescrito sob orientação profissional especializada (médico ou nutricionista), uma vez que a sua escolha adequada depende do cumprimento de certos critérios;

Apesar dos ácidos gordos ômega 3 apresentarem benefícios comprovados, não podemos daí subentender que uma dieta rica em gordura é aconselhada em caso de endometriose. Pelo contrário, a evidência mostra-nos que uma dieta hiperlipídica, sobretudo se esta gordura for saturada (laticínios gordos, charcutaria, manteiga, consumo excessivo de carnes) ou trans (presente nos produtos industrializados como bolachas, cereais de pequeno almoço, barras de cereais, margarinas e cremes vegetais...) está associada a um aumento da inflamação, do stress oxidativo e do risco de endometriose;

O desenvolvimento da endometriose é caracterizado por um aumento da ciclooxigenase-2 (COX-2) resultando num excesso de produção de prostaglandinas e aumento da inflamação. Também o stress oxidativo (condição em que ocorre um desequilíbrio entre a produção de espécies reativas de oxigénio - EROs - e a sua remoção ou reparação dos danos às células por elas causados) está presente nesta doença.

Vários nutrientes ou compostos bioativos atuam na redução dos níveis de COX-2, da inflamação e do stress oxidativo:

VITAMINA C E E

Diversos estudos mostram que a ingestão destas vitaminas está associada a uma redução dos níveis de marcadores inflamatórios no fluído peritoneal e também de COX-2. Podemos encontrar estes nutrientes nos vegetais, frutas cítricas, salsa, azeite, oleaginosas, ou na forma de suplemento (sempre sob orientação);

VITAMINA A

Ao que parece o consumo de vitamina A tem um impacto na endometriose, visto suprimir a produção de substâncias inflamatórias pelas células endometrióticas humanas. Os alimentos mais ricos em vitamina A são aqueles que, devido ao seu teor de carotenos, apresentam uma cor mais alaranjada ou encarnada: laranja, tomate, morangos, papaia, pimento vermelho, entre outros;

FLAVONÓIDES (QUERCETINA, APIGENINA, CRISINA, RESVERATROL, KAEMPFEROL, GENISTEÍNA)

Reduzem os níveis de COX-2, reduzindo a inflamação. Podemos encontrar os flavonóides nas frutas e vegetais avermelhados e roxos, na cebola, maçã, uva, beringela, beterraba, entre outros.

EPIGALOCATEQUINA GALATO (EGCG)

Estudos in vitro mostram que este composto presente no chá verde tem o poder de diminuir os níveis de antigénio nuclear de proliferação celular (PNCA) e do fator de crescimento endotelial vascular (VEGF), reduzindo a progressão da doença. Os mesmos resultados ainda terão de ser reproduzidos in vivo.

Além da inflamação e do stress oxidativo, a atividade da aromatase, uma enzima envolvida na elevação dos níveis de estrogénio, também está envolvida no processo de endometriose. Estudos mostram que a utilização de flavonóides e EGCG, já abordados acima, parece ter bons resultados. Além disso, o azeite, rico em hidroxitirosol, possui propriedades anti-estrogénicas e anti-aromatase, uma vez que se liga aos receptores, diminuindo os níveis de estrogénio livre.

Bastante conhecidos pelo seu papel na modulação dos níveis de aromatase e, consequentemente de estrogénios, são os vegetais que fazem parte da família das crucíferas, como é o caso dos brócolos, couve-flor, couves, couve-de-bru-

xelas, entre outros. Diversos estudos, tanto na área da endometriose quanto de alguns cânceros onde o estrogénio também constitui uma questão importante (por exemplo cancro da mama e ovário), mostram que o consumo frequente destes vegetais está associado a uma maior capacidade de detoxificação pelo nosso organismo, com maior eliminação de estrogénios. No entanto, estes vegetais apresentam compostos facilmente fermentáveis pelo nosso intestino, podendo o seu consumo originar distensão abdominal, formação aumentada de gases e aumento da dor abdominal. Dessa forma, e pelo seu elevado interesse terapêutico, a sua inclusão não deve ser negligenciada, mas deve-se garantir que é feita de forma a





não causar estes efeitos secundários.

Também uma suficiente ingestão de fibras se associa a menores níveis de estrogénio, pelo aumento da capacidade de eliminação.

Ainda dentro da temática dos estrogénios, vários estudos aconselham a redução da exposição a disruptores endócrinos, compostos podem interferir com o nosso equilíbrio hormonal, neste caso de estrogénio. É o caso do bisfenol-A e bisfenol-AF, presentes nos plásticos, e que se associam a um aumento do risco de endometriose e outras doenças a eles associadas. Desta forma, é sugerida a redução da utilização de plásticos, nomeadamente através de uma menor utilização de recipientes plásticos para armazenamento de comida ou de água, e sobretudo a não exposição dos mesmos ao calor, recomendando-se a substituição destes por recipientes de vidro.

Como visto ao longo deste artigo, o papel da Nutrição na endometriose não é de forma alguma negligenciável, vista a sua grande amplitude de ação.

Se sofre desta condição, inclua um nutricionista na sua equipa terapêutica, para que possa de forma integrativa, preventiva ou terapêutica, ter melhor controlo sobre a sua doença.

TESTEMUNHOS



DIZER ADEUS À GRAVIDEZ NÃO SIGNIFICA DESISTIR DE SER MÃE

ANA KOTOWICZ
JORNALISTA

Sabíamos que a adoção não podia ser um plano B. Não podia ser um sucedâneo de um filho biológico, um amuleto para chamar a gravidez, uma maternidade de segunda categoria. Tinha de ser tudo.



Foi na véspera de Santo António que o nosso material genético ficou a namorar num prato de laboratório. Vi a data como bom prenúncio. A noite de um santo casamenteiro seria boa para fazer magia e pôr fim à espera de quase dez anos por um filho. Não foi. Os dois embriões que guardei dentro de mim durante vários dias, com medo quase de respirar, não fosse o meu fôlego roubar-lhes a hipótese de se tornarem vida, nunca se transformaram em gravidez, muito menos em crianças de carne e osso. Valeram-me muitas lágrimas, mas foi o momento de viragem na nossa história, absolutamente necessário para tudo o que veio a seguir. E para o desejado final feliz.

Até aquele momento, o meu mantra fora sempre o mesmo: não queria filhos feitos num

laboratório. Chamem-lhe embirração, superstição, ou simples teimosia. Nada tinha contra quem o fazia, mas sentia que não era esse o meu caminho. Intuí que ao tentar fingir o destino a decisão me poderia trazer mais tristeza do que alegria. E recusava tentar saber por que é que a gravidez não acontecia: não queria que um absurdo sentimento de culpa contaminasse a nossa relação e a consumisse. Ignorância é felicidade. E foi. Durante muito tempo.

No meio de tantas certezas que tinha, alguma coisa cedeu. Ainda hoje não consigo dizer exatamente qual foi o ponto de viragem: a idade terá pesado — ninguém fica mais novo — e já não encontrava conforto na ideia de que tinha muito tempo para engravidar. Não tinha.

O tempo chegava ao fim (se é que não tinha já acabado) e a fábrica de óvulos poderia ter fechado para sempre. Para não ter arrependimentos, entreguei a minha última esperança a uma placa de Petri. Fui uma boa paciente. Fiz tudo o que me foi receitado, acreditando que se seguisse a prescrição à risca finalmente seríamos pais. Não fomos.

Quando a gravidez não aconteceu, as palavras do homem de bata branca pareciam cimentar aquilo em que sempre acreditara. Havia uma incompatibilidade genética, a probabilidade de gravidez era mínima e, mesmo que essa acontecesse, o mais natural era que o corpo acabasse por rejeitar o que resultasse da nossa fusão. Dificilmente haveria um nascimento, dificilmente haveria uma criança saudável. Foi o que bastou para fechar aquela porta.

Aquele assunto estava encerrado. A gravidez era chutada para fora da nossa vida para nunca mais voltar. A ideia de ter de interromper uma gravidez a meio ou de ver morrer um filho pouco depois de ele nascer era insuportável. E foi assim, e só assim, que conseguimos fazer o luto do filho que nunca veríamos nascer. Se não tivéssemos seguido aquele caminho, o que nos escreveu o ponto final, talvez ainda hoje andasse a sonhar com o nascimento de um filho.

Dizer adeus à gravidez não queria dizer desistir da parentalidade. Foi quando começámos a falar de adoção. Sabíamos que não podia ser um plano B. Não podia ser um sucedâneo de um filho biológico, um amuleto para chamar a gravidez (como alguns chegaram a sugerir), uma maternidade de segunda categoria. Tinha de ser tudo.

Foram dias longos. Muitos medos, poucas certezas. Temíamos uma genética que não era a nossa — embora, como se vê, a nossa estivesse longe de ser perfeita. Receávamos que o amor não nascesse, que os nossos filhos viessem a ser vítimas de preconceito, que a

família biológica nos descobrisse e perseguisse, que a adolescência se tornasse impossível e, claro, o maior de todos os terrores, que a criança uma noite se revelasse psicopata e nos assassinasse durante o sono. Medos genuínos — que hoje nos fazem rir por parecerem disparatados — sobre os quais falámos, até os dissipar, um a um. E quando aquele céu deixou de ter nuvens negras, demos início ao processo.

Foi na véspera de Santo António que entregámos os papéis da nossa candidatura. De novo, vi a data como bom prenúncio e pensei que não há coincidências. A noite de um santo casamenteiro seria boa para fazer magia e pôr fim à espera de quase doze anos por um filho. Foi. Duas filhas de uma só vez, com 4 e 5 anos. Três anos depois, o final feliz a quatro mãos continua a ser escrito todos os dias, muitas vezes por linhas tortas. E isso, sei hoje, chama-se ser uma família.

ANA KOTOWICZ

Ana Kotowicz foi mãe, aos 41 anos, de duas meninas pela via da adoção, caminho que decidiu seguir com o marido depois de um diagnóstico de infertilidade. É jornalista e escreveu dois livros sobre adoção. O primeiro, “Reis Procuram Príncipes”, é uma história infantil que tenta mostrar aos mais novos que as famílias podem nascer de muitas maneiras. O segundo, “Adotar em Portugal, um Guia para Futuros Pais”, procura ajudar outros pais a encontrarem na adoção a família com que sempre sonharam.



TER DOR NÃO É NORMAL

CATARINA MAIA

Sempre tive certas crises de dores que eram “normais”, sobretudo cólicas menstruais que me lançavam para a cama por tempo indefinido e transtornos intestinais recorrentes, dolorosos e, por vezes, embaraçosos.

Desde o primeiro dia de dor até perceber que, afinal, isto não era normal, passaram-se 13 anos.

Não é fácil ouvir-se de um médico que se tem endometriose. Muitas vezes não sabemos sequer o que é que aquilo quer dizer. “Endometriose”. Que nome feio. Mas, para além disso, pouco mais sabemos. Se por acaso sabemos o que aquilo significa, aquele torna-se um momento doloroso. Uma sentença.

Quando foi a minha vez, quase que entrei em choque. Há quem relate um certo alívio por obter o diagnóstico, e eu entendo esse alívio. Che-

gou-me também a mim mais tarde. Mas, ali, no gabinete do especialista da doença, não senti nada disso. A única coisa que me ocorria era que nunca na vida iria engravidar e isso foi uma chapada cruel em cheio na minha cara.

Precisava de respostas e comecei a minha investigação. No fundo, esta doença resume-se a tecido que cresce e descama mensalmente em partes diversas do corpo, geralmente na zona pélvica.

Com aquilo que ia encontrando, ora ficava descansada, ora apreensiva de novo. A endometriose não significa necessariamente infertilidade. Cirurgia e FIV podem resultar muito bem, mas há casos em que simplesmente não há volta a dar. Pode ser extremamente dolorosa e debilitante, ou não revelar-se em sintoma algum.

Não se restringe à zona pélvica – sim, a endometriose pode ocorrer nos pulmões, no umbigo, na perna, no dedo, nos olhos, no cérebro!

Não tem cura, mas talvez até possa ter. Não tem tratamento, só dos sintomas. Há artigos científicos, mas poucos, e na sua maioria não são muito conclusivos. Os testemunhos abundam pela internet, porém raramente positivos.

Muitíssimos profissionais de saúde, mesmo os da área da ginecologia, estão pouco familiarizados com a doença ou com os sintomas e ainda insistem em perpetuar mitos. Lamentavelmente, não sabem, pelo menos, identificar os sinais de alarme numa doença que afecta 1 em cada 10 mulheres. Grave.

Esta doença testa-nos o optimismo. Chora-se em silêncio, engolem-se os sapos, testam-se medicamentos atrás de medicamentos, com sorte ajudam, mas podem desajudar. São precisos estudos, que os que temos não bastam.

Não sabemos como curar, não sabemos como surge e, pior ainda, ninguém nunca ouviu falar dela. Como é que isto é possível, em pleno século XXI? Carambas, há quem termine a própria vida por causa disto!

Entre pesquisas que comecei a fazer, fui encontrando algumas luzes ao fundo do túnel. Em relação ao conhecimento que fui adquirindo, decidi reuni-lo todo num blog, chamei-o de O Meu Útero, e difundi-o pelas redes sociais. Conheci o entusiasmo de não estar sozinha nesta jornada e uma bela comunidade gerou-se em torno do blog.

Eu não sei se a endometriose me vai permitir engravidar. Confio que sim, mas não sei. Assim como não sei tantas outras coisas por causa desta doença. Aprendi a não criar expectativas sobre o que vou fazer amanhã ou nos próximos 10 anos.

O truque é irmos jogando com as cartas que temos na mão e, ao sentirmo-nos acompanhadas, chegamos sempre um bocadinho mais longe.



PROTOSCOLOS



A APFertilidade estabeleceu novas parcerias e atualizou outros protocolos. Saiba mais sobre os benefícios disponíveis para os nossos associados:

Global Home Care

Rua São Filipe Neri, n.º 25, 1.º Dto
1250-225 Lisboa

AVA Clinic, Centro de Fertilidade

Av. António Augusto de Aguiar 5.ª
1050-010 Lisboa
Tel: 213 245 000
www.avaclinic.pt

Condições de protocolo atualizadas:
> 10% de desconto para tratamentos de Medicina de Reprodução Assistida;
> 5% de desconto para tratamentos com recurso a doação de óvulos.

FUTURE HEALTH BIOBANK

Avenida António Serpa, n.º 32, 10.ºD
1050-213 Lisboa
Tel: 800 103 480
info@futurehealth.pt
www.futurehealthbiobank.com

Condições de protocolo atualizadas:
> 20% de desconto na opção de processamento do sangue e tecido do cordão umbilical (apenas nos serviços Premium e Premium+);
> 20% de desconto no Outlook - Teste de rastreio para recém-nascido (apenas no serviço Premium+)
> 20% de desconto na opção de 25 anos de armazenamento de células estaminais.

Conheça os outros parceiros da APFertilidade:
Aqui



Associação Portuguesa de
Fertilidade

www.apfertilidade.org