

edição n.º 10 · maio 2023

+ Fertilidade

magazine



Associação Portuguesa de
Fertilidade

A large teal abstract shape occupies the lower half of the page, with a thin white curved line passing through it from the left side towards the bottom right.

Índice

04

EDITORIAL

APFertilidade, há 17 anos a defender

06

NOTÍCIAS

12

INVESTIGAÇÃO

Ratinhos nascem de óvulos criados a partir de células masculinas

16

ENTREVISTA

Centros não têm capacidade de resposta para os beneficiários

20

APOIO PSICOLÓGICO

Como me posso preparar para um processo de infertilidade

26

NUTRIÇÃO

Principais erros nutricionais cometidos por casais que tentam engravidar

30

TESTEMUNHOS

O nosso corpo fora do nosso coração
O milagre Carlota

38

APF EXPLICA...

Apoios do SNS para segundo filho em Centros de PMA

42

PROTOCOLOS

EDITORIAL

APFertilidade, há 17 anos a defender



A 20 de maio, a APFertilidade celebra 17 anos! Tantos como a lei da Procriação Medicamente Assistida (PMA), e também com vários passos em frente para que a PMA se tenha vindo a tornar cada vez mais inclusiva, igualitária e garantia de respeito pelos direitos de quem quer constituir família, mas depende de apoio médico.

O trabalho que a Associação tem desenvolvido tem-se definido pelo resultado das ações e iniciativas que tem criado em defesa das pessoas com problemas de fertilidade, junto das entidades competentes, entre Ministério da Saúde ou Comissão de Saúde, bem como dos grupos parlamentares, com alguns dos quais já se reuniu este ano para apelar a respostas às fragilidades que continuam a existir no Serviço Nacional de Saúde. Na sede, na Rua de São Bento, em Lisboa, concentra-se ainda o apoio que prestamos diariamente, por telefone, email ou numa visita à Associação.

Com mais de 15.000 associados a dar motivação para continuarmos e melhorar, a APFertilidade agradece a cada um dos que

estiveram a seu lado, aos que se vão juntando a esta família e aos que continuam a fazer parte dela, bem como a generosa disponibilidade de profissionais de saúde e de entidades que ajudam a colocar em prática o que é preciso fazer para diminuir o impacto que a infertilidade tem em cada mulher e homem, casal e sociedade.

Porque não custa nada, e faz toda a diferença para manter a idoneidade e a capacidade de trabalho da Associação, aproveitamos a mensagem desta edição da +Fertilidade para deixar o apelo deste ano à consignação de 0,5 % do IRS, no momento de submeter a declaração do imposto de 2022.

Este apoio tem sido da maior importância e possibilita que algumas iniciativas tomem forma e se traduzam em mais informação e mais apoio aos que sonham em ser pais e contam com a APFertilidade para fazer esse caminho a seu lado.

Obrigado por mais um ano de generosidade, confiança e carinho!

VEJA COMO O CARLOS
E A ISABEL AJUDARAM
A APFERTILIDADE



Parlamento aprova estratégia de combate à endometriose e adenomiose

Os direitos laborais de pessoas que sofrem de doenças sem manifestação física aparente, como a infertilidade, estão inscritos no Código do Trabalho. Porém, algumas dessas doenças podem ser fisicamente debilitantes, de forma sistemática ou periódica, o que interfere diretamente na capacidade de trabalho dos doentes. As mulheres que têm endometriose ou adenomiose sofrem dores extremamente dolorosas e incapacitantes, e sabem como é difícil justificar uma ausência no trabalho junto da entidade patronal.

No passado dia 18 de fevereiro, foram a votos na Assembleia da República projetos de lei e de resolução de alguns partidos destinados a determinar mais apoio em matéria laboral às mulheres que sofrem de endometriose e adenomiose. Era um dia aguardado pelos milhares de cidadãs que se sentem discriminadas quanto à forma como as doenças que sofrem são encaradas, mas terminou sem as mudanças que iriam fazer a diferença.

De todas as propostas apresentadas, a maioria parlamentar, assumida pelo PS, aprovou apenas uma iniciativa do próprio partido, que prevê uma estratégia nacional de combate a estas doenças, e uma outra do PAN, para a criação de um Dia Nacional de Sensibilização.

Pelo caminho ficou o projeto de lei da Iniciativa Liberal, que defendia a criação de um Certificado de Incapacidade Recorrente e Intermitente, no sentido de as pessoas que sofrem de doenças como a endometriose, adenomiose, doença de Crohn, Lúpus, entre outras que provocam perturbações na qualidade de vida, tivessem acesso a uma baixa médica de curta duração, no caso de incapacidade recorrente, mas por breves períodos, sem lugar à perda de remuneração.

A maioria socialista chumbou ainda o projeto de lei do Bloco de Esquerda, pela criação de uma base legal que reconhecesse o direito a faltas justificadas para mulheres com endometriose e adenomiose, até três dias consecutivos por mês. Além deste apoio, o partido pretendia que fossem melhorados os cuidados de saúde a estas mulheres.

A apresentação dos projetos de lei e a votação ocorreram após a MulherEndo - Associação Portuguesa de Apoio a Mulheres com Endometriose ter reunido perto de nove mil assinaturas para que fosse discutida na Assembleia da República uma estratégia nacional de combate às duas doenças.

Em declarações à Lusa, a Presidente da MulherEndo, Susana Fonseca, lamentou que, uma vez mais, a endometriose não

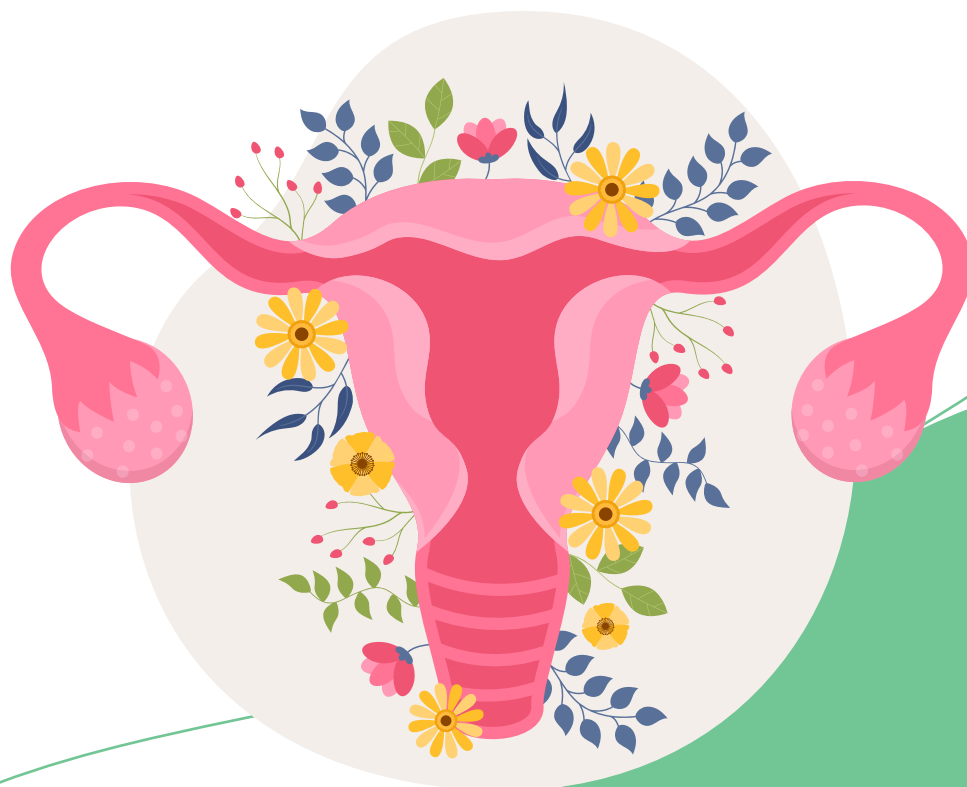
tenha sido reconhecida como a doença crónica que é, e que continue por determinar a comparticipação na medicação específica prescrita às mulheres que sofrem com as suas consequências.

No passado dia 24 de março, o Parlamento acabou por aprovar, por unanimidade, uma resolução apresentada pelo PSD que institui o dia 1 de março como o Dia Nacional da Luta contra a Endometriose e que pede ao Governo medidas de apoio às perto de 350 mil mulheres que sofrem com a doença, afeta uma em cada 10 em idade fértil, a maioria entre os 30 e os 35 anos.

A resolução prevê a criação de um grupo de trabalho destinado a avaliar a colocação em

prática de medidas que levem à deteção precoce da endometriose, à melhoria da referência e acompanhamento das doentes e à confirmação do impacto que a doença tem ao nível pessoal, profissional e financeiro.

Sensibilizar para a existência destas doenças, bem como para a necessidade de a endometriose integrar a lista de doenças graves, ser possibilitada a recolha de óvulos em mulheres diagnosticadas com a doença para que possam futuramente avançar com o seu projeto de parentalidade, através de tratamentos de fertilidade no Serviço Nacional de Saúde, criar unidades diferenciadas nos hospitais centrais e emitir “vales-cirurgia” a utilizar no setor privado, sempre que a resposta pública não exista.



NOTÍCIAS

Confirmada primeira gravidez por inseminação “pós-mortem” em Portugal

“Hoje finalmente partilho com todos vocês a tão desejada notícia! Foram anos de luta para aqui chegar, o processo foi longo e doloroso... mas finalmente conseguimos! É com uma alegria enorme e com o coração cheio que hoje partilho que agora batem dois corações dentro de mim”. Foi desta forma que Ângela Ferreira anunciou aquela que é a primeira gravidez por inseminação “pós-mortem” em Portugal.

O “processo longo e doloroso” a que Ângela se refere começou em 2019, quando o marido, Hugo Ferreira, morreu vítima de cancro, e deixou indicado por escrito que após a sua morte, o esperma que foi criopreservado antes dos tratamentos fosse utilizado pela mulher para que esta pudesse ter um filho de ambos.

Em 2019, a Lei da Procriação Medicamente Assistida (PMA) não permitia o recurso a técnicas de PMA através da inseminação com sémen após a morte do dador, nos casos de projetos parentais expressamente consentidos. Tendo sido legalmente vedada a possibilidade de recorrer aos gâmetas do marido, apesar do próprio ter manifestado o seu consentimento,



Ângela iniciou uma batalha pela alteração da lei, à qual se juntaram mais de 100 mil pessoas, através de uma petição entregue na Assembleia da República.

No seguimento da petição, a criação de artigos que alterassem a lei em vigor foi discutida no Parlamento, e, em março de 2021, foi aprovado um decreto, que resultou de quatro projetos de lei, mas que depois de analisado pelo Presidente da República foi devolvido aos deputados para nova apreciação do diploma. Marcelo Rebelo de Sousa considerou que deviam ser clarificadas questões relativas ao direito sucessório.

Ultrapassado este passo, a 12 de novembro de 2021, foi publicada a Lei n.º 72/2021, que “permite o recurso a técnicas de procriação medicamente assistida através da inseminação com sémen após a morte do dador, nos casos de projetos parentais expressamente consentidos”, sendo obrigatório que exista um consentimento por “escrito ou registado em videograma”, após o dador ser informado quanto às consequências jurídicas da sua decisão.



Silêncio quanto a data de abertura de centro de PMA no Algarve

Com anúncio de abertura em janeiro deste ano, cerca de quatro meses depois, o futuro centro de Procriação Medicamente Assistida do Algarve continua sem data para começar a funcionar. A única referência ao apoio à fertilidade na zona sul surgiu após o anúncio de um donativo ao Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA), que será distribuído ainda por duas outras áreas da unidade.

Em abril de 2021, o então secretário de Estado Adjunto e da Saúde indicava que o Governo pretendia abrir um centro de PMA no Algarve até ao final do mesmo ano. Em julho de 2022, António Lacerda Sales acabava por remeter novidades para o início de 2023. Dois anos após as primeiras declarações do antigo secretário de Estado Adjunto sobre a criação do centro, o Ministério da Saúde mantém-se agora em segredo sobre datas.

A distribuição geográfica dos centros de PMA sempre foi um dos graves problemas do apoio à fertilidade no Serviço Nacional de Saúde. Os beneficiários da zona do Algarve, Alentejo e Açores são encaminhados para as unidades da zona da Grande Lisboa, Centro e Norte do país, e sujeitos a viagens de centenas ou milhares de

quilómetros para a realização de tratamentos que os ajudem a conseguir uma gravidez.

Recentemente, a Fundação Dieter Morszeck, uma instituição sem fins lucrativos alemã que se dedica a ajudar projetos nas áreas da educação, pesquisa, ciência ou crianças e jovens, anunciou uma doação de 1,5 milhões de euros ao CHUA. De acordo com o conselho de administração da unidade de saúde, a verba vai ser aplicada no Centro de Desenvolvimento Pediátrico e Reabilitação Intensiva, na nova estrutura para a criação do centro de PMA e no departamento de Oftalmologia.

A contribuição da fundação foi formalizada com a assinatura de um protocolo, no hospital de Faro, numa cerimónia que contou com a totalidade do conselho de administração do centro hospitalar de referência do distrito de Faro, com Dieter Morszeck e com o cônsul honorário da República Federal da Alemanha, Alexander Rathenau.

Desta forma, o centro hospitalar consegue melhorias nas “áreas de fisioterapia para crianças com algum tipo de patologia” e em “equipamentos que permitem fazer diagnósticos que, até este momento, não eram possíveis” na região, salientou a presidente do conselho de administração, citada no comunicado do CHUA.

A execução dos trabalhos a desenvolver com a ajuda da verba anunciada deve ficar concluída até fevereiro de 2024. Segundo a administração do CHUA, a unidade hospitalar deverá aplicar do seu orçamento a mesma quantia que a doada pela Fundação Dieter Morszeck, elevando-se para três milhões de euros o valor destinado a beneficiar os três serviços hospitalares.



APFertilidade entre associações de fertilidade reunidas em Madrid

A APFertilidade esteve na Fertility Europe Spring Meeting, reunião que todos os anos, em março, junta as associações de fertilidade que fazem parte daquela organização europeia, para fazer um balanço da atividade e situação atual do trabalho que está a ser desenvolvido em cada país. O encontro deste ano foi o primeiro presencial desde a pandemia.

A reunião decorreu em Madrid, tendo a Red Infértiles, congénere espanhola da APFertilidade, como anfitriã. A APFertilidade foi representada nos trabalhos por Ana Galhardo, psicóloga clínica e coordenadora da rede de apoio psicológico da Associação, que fez um balanço sobre a implementação do projeto Fertility Awareness, que começou em 2002, e que tem como objetivo

trabalhar a consciencialização da fertilidade junto dos jovens, entre os 15 e os 18 anos, através de um jogo educativo. O jogo encontra-se em fase de desenvolvimento e pré-testes e prevê-se que ainda este ano fique disponível para a APFertilidade fazer a sua divulgação junto das escolas e sociedade.

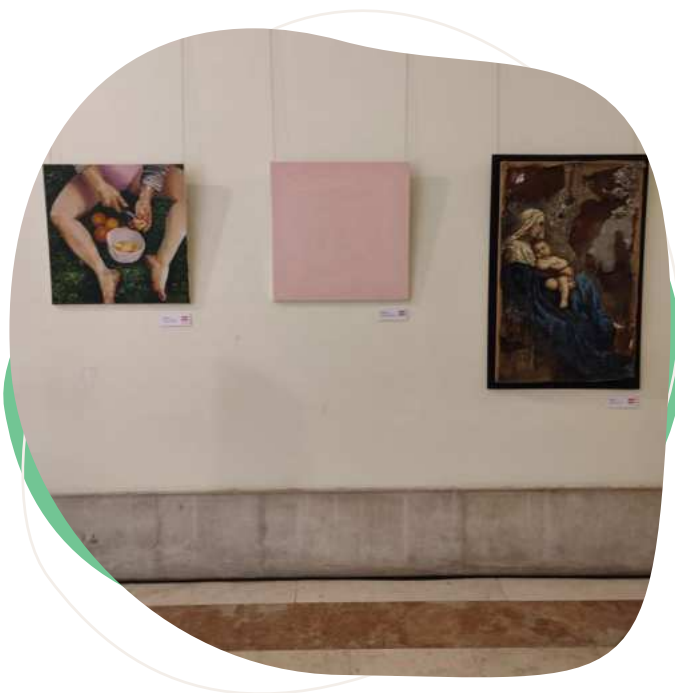
Associações de outros países falaram da situação em que se encontra a legislação que suporta da procriação medicamente assistida e as dificuldades quanto aos tratamentos e a definição de planos de apoio psicológico destinados às mulheres e homens que estiveram ou se encontram num tratamento de fertilidade.



Obras distinguidas pelo FERTILID'Art em exposição na Assembleia da República

As obras distinguidas nas duas edições do projeto FERTILID'Art, concurso organizado pela APFertilidade, com o apoio da Merck, estiveram em exposição no Piso 0 do Palácio de São Bento, entre 15 e 24 de fevereiro.

O objetivo da iniciativa foi sensibilizar para o tema da fertilidade através da expressão artística, e, nesse sentido, foram expostos 13 trabalhos, entre fotografia, pintura e escultura, entre os vencedores e as menções honrosas da



1ª e 2ª edições do FERTILID'Art, sobre temas como conceção, fertilização, desafios da infertilidade, gravidez, gestação e estados emocionais.

A cerimónia de inauguração da mostra contou com as várias entidades institucionais, nomeadamente do vice-presidente da Comissão de Saúde, o deputado do PCP, João Dias, e da Presidente do Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA), Carla Rodrigues.

INVESTIGAÇÃO

Ratinhos nascem de óvulos criados a partir de células masculinas



Em 2016, uma equipa da Universidade de Kyushu, no Japão, liderada pelo especialista em Biologia do Desenvolvimento Katsuhiko Hayashi, anunciou que conseguiu utilizar células-tronco adultas (células que podem dar origem a diferentes tipos de tecido, que acabam por formar ossos ou sangue, por exemplo) de ratinhos para gerar óvulos.

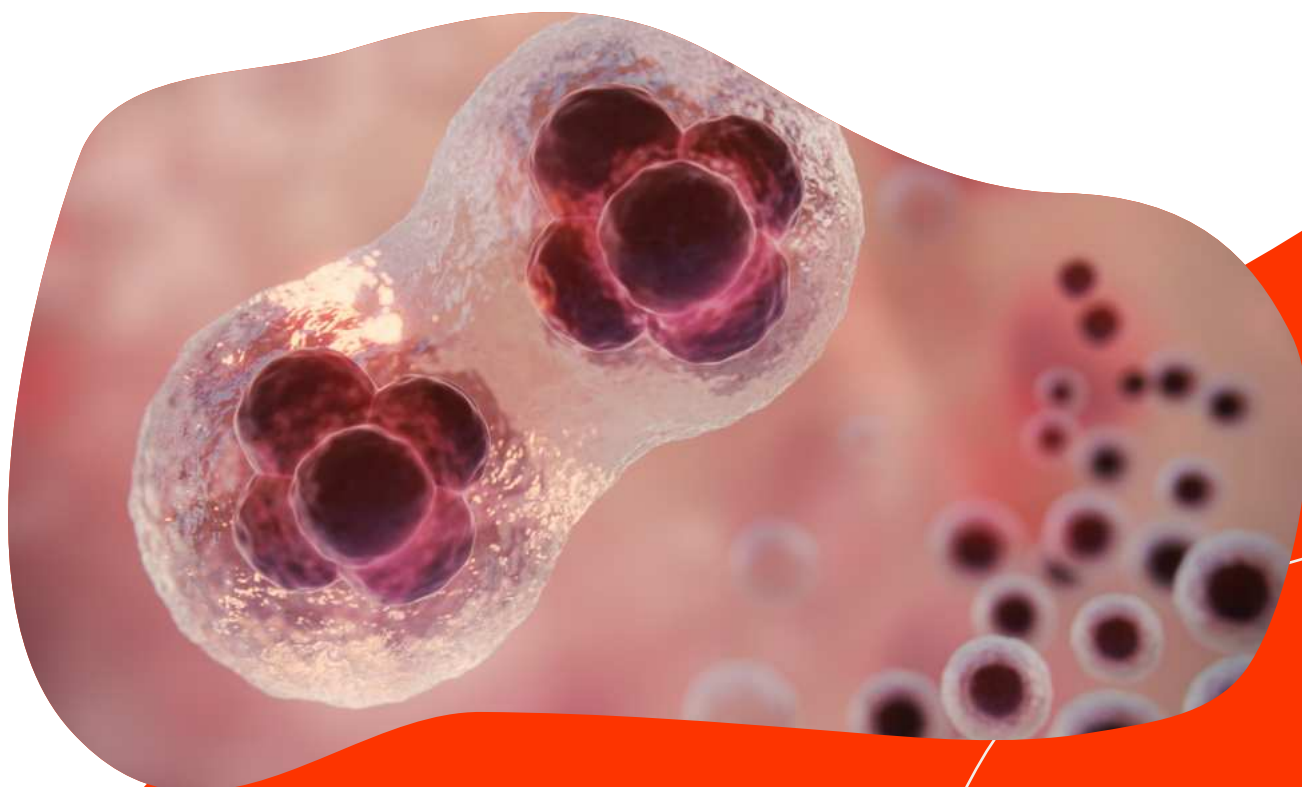
De forma simplificada, foi possível reprogramar células-tronco e transformá-las em óvulos, que por sua vez foram fertilizados em laboratório. Os que resultaram em embriões foram transferidos para fêmeas, mas apenas 4% dos óvulos resultaram em crias saudáveis e férteis. A investigação liderada por Katsuhiko Hayashi foi a primeira a mostrar que era possível produzir óvulos fora de uma fêmea de ratinho.

Dois anos depois deste trabalho, uma equipa de investigadores da Academia de Ciências chinesa recorreu a células-tronco estaminais para gerar ratinhos a partir dos óvulos e esperma de casais do mesmo sexo. As crias nascidas dos gâmetas femininos apresentaram características semelhantes às geradas naturalmente por um casal de sexo diferente, mas das crias que nasceram a partir de espermatozoides de dois “pais”, nenhuma sobreviveu após dois dias de observação.

Em março deste ano, Katsuhiko Hayashi voltou a anunciar desenvolvimentos na reprodução animal, que podem abrir caminho a avanços significativos para a reprodução humana,

nomeadamente para casos de infertilidade grave, como em mulheres portadoras da Síndrome de Turner, doença caracterizada pela falta parcial ou total de uma cópia do cromossoma X, e para casais de homens que podem vir a ter filhos biológicos. O biólogo, que apresentou os resultados da investigação na terceira cimeira internacional dedicada à edição do genoma humano, que decorreu no Instituto Francis Crick, em Londres, explicou ao jornal britânico *The Guardian* que foram criados ratinhos a partir de dois “pais” biológicos, depois de terem sido gerados óvulos a partir de células masculinas.

“Este é o primeiro caso de produção de óvulos robustos de mamíferos a partir de



INVESTIGAÇÃO

células masculinas”, afirmou o cientista, para que dentro de uma década poderá ser tecnicamente possível criar um óvulo humano viável a partir de células de pele masculinas.

Na investigação, a equipa de Hayashi transformou uma célula de pele, portadora da combinação do cromossoma XY masculino, num óvulo, com a versão XX feminina, uma situação possível através da duplicação do cromossoma X.

Na fase seguinte os óvulos foram fertilizados, tendo resultado do processo perto de 600 embriões, que foram transferidos para ratinhos. Sete crias nasceram, saudáveis e que se reproduziram mais tarde.

E esta realidade pode vir a encaixar-se na reprodução humana? É nisso que Katsuhiko Hayashi está a trabalhar, mas a curto prazo não há previsões de quando pode vir a acontecer, com o biólogo a reconhecer que há dificuldades éticas quando se fala em utilizar óvulos desenvolvidos em laboratório em projetos clínicos. “Se falarmos puramente em termos de tecnologia, será possível [em humanos] dentro de dez anos”, acredita o investigador, que defende que esta técnica deveria ser utilizada clinicamente para permitir, pelo menos, a um casal de homens terem um filho.

Katsuhiko Hayashi reconhece ao The Guardian que avanços nesta área, e mesmo que se revelem alternativas no futuro para a reprodução humana, em casos clínicos em que se verifique essa necessidade, esta continua a



“não ser uma questão apenas para o programa científico, mas também para [a sociedade].”

As reações entre a comunidade científica ao anúncio do investigador têm sido de entusiasmo, mas também se pautam pela cautela, dado que nestes processos pode aumentar o risco de as células adquirirem alterações genéticas e, até aqui, outros trabalhos nesta área têm revelado que criar gâmetas desenvolvidos em laboratório a partir de células humanas é mais complexo do que para células de ratinhos.

Uma
simples cruz
pode ter
um impacto
mais positivo
do que imagina.

Ajude-nos
a dar esperança.

5 | 0 | 7 | 7 | 2 | 4 | 2 | 1 | 6



modelo 3 | quadro 11 | campo 1101

0,5% IRS



ENTREVISTA

“Centros não têm capacidade de resposta para os beneficiários”

Ana Aguiar está há mais de 20 anos associada à Ginecologia e Obstetrícia, mas é um nome igualmente a sublinhar na área da fertilidade. Enquanto especialista no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN), integra a Unidade de Medicina da Reprodução do Hospital de Santa Maria, da qual é diretora desde fevereiro de 2022, por onde passam anualmente centenas de casos de mulheres e casais que ali esperam receber a ajuda que os leve a serem mães e pais. A médica, que tem feito parte dos peritos consultados sobre a situação da PMA, admite que o SNS precisa de atualizar e adequar as infraestruturas e equipamentos e que a capacidade de resposta à população fica aquém do necessário.



+Fertilidade: Uma das dúvidas colocadas frequentemente à APFertilidade é se os tratamentos e acompanhamento no Serviço Nacional de Saúde (SNS) diferem consideravelmente do que é realizado no privado. Existem diferenças assinaláveis?

Ana Aguiar: A qualidade e eficácia dos tratamentos de fertilidade podem variar entre centros, independentemente de integrarem o SNS ou o setor privado. No entanto, há diferenças gerais no que se refere aos tempos de espera, quer para consultas, quer para tratamento, mais curtos no setor privado, e que se relacionam com a elevada procura e recursos limitados no setor público. No setor privado os pacientes têm liberdade para escolher a clínica e os

profissionais que os acompanharão, com um atendimento mais individualizado, enquanto no SNS o recurso a centros e profissionais específicos pode ser mais limitada, o que pode levar a que o atendimento seja entendido como mais impessoal.

O padrão de qualidade dos centros públicos é em geral elevado, mas muitas das clínicas privadas podem ter acesso a tecnologias e tratamentos mais recentes, que ainda não estejam disponíveis no SNS. No entanto, isso não significa que a qualidade do tratamento seja necessariamente melhor no setor privado. No SNS o acesso a determinados procedimentos está limitado a indicações médicas específicas e com limite também definido do número de tentativas de tratamento.

ENTREVISTA

+Fertilidade: Tem integrado alguns dos principais grupos de trabalho que analisam a situação do apoio à fertilidade, nomeadamente as possibilidades de melhoria da ajuda no SNS. Considera que as propostas que têm saído destas ações têm sido escutadas pelo Ministério da Saúde?

Ana Aguiar: No que se refere a adequar os centros públicos de Procriação Medicamente Assistida (PMA) a nível nacional, foram já identificadas as necessidades de recursos humanos, de instalações e de equipamentos para que os centros possam adequar a sua atividade, quer aos progressos nesta área da ciência, quer ao número de potenciais beneficiários que delas necessitam. Necessidades estas que são crescentes, quer pela maior procura pelos casais com dificuldade em conceber, quer pelo enquadramento legal que promoveu o alargamento dos beneficiários que podem recorrer aos tratamentos de PMA.

Os centros do SNS não têm, neste momento, capacidade de resposta para os beneficiários que a eles acorrem. O investimento feito verificou-se na revisão dos pacotes de tratamento com atualização de valores e de técnicas que propiciam aos centros do SNS uma adequação da sua atividade ou a potencial referência ao setor privado. Ainda assim há uma necessidade prementeadacriaçãodacarreiradosembriologistas, de aumento da atividade dos centros e inerente investimento dirigido a atualização e adequação de equipamentos e instalações.

“Os centros do SNS não têm, neste momento, capacidade de resposta para os beneficiários que a elas acorrem.”

+Fertilidade: Sendo responsável pela direção de um dos centros de PMA da zona da Grande Lisboa, que medida seria essencial para assistir a alterações significativas na ajuda aos beneficiários?

Ana Aguiar: Não consigo sistematizar numa breve resposta todas as medidas que necessitam ser pensadas e implementadas. Assim apontaria a necessidade de capacitar os centros para a realização de mais consultas e tratamentos e o estabelecimento de uma boa articulação com o setor privado; repensar os tratamentos com recurso a doações de gâmetas e com diagnóstico genético pre-implantatório no SNS; ponderar alargar o limite do número de tratamentos de PMA comparticipados de cada beneficiária/os.

+Fertilidade: É possível estabelecer as características da maioria das mulheres ou casais que são seguidos na unidade do Santa Maria? Projetos de paternidade tardios que dificultam uma gravidez, infertilidade diagnosticada mais em mulheres ou em homens, intervalo de idades?

Ana Aguiar: Na nossa unidade são seguidas beneficiárias a partir dos 18 anos. A maioria das mulheres ou casais é heterossexual, com aumento progressivo de casais de mulheres e de mulheres em projetos monoparentais, normalmente jovens, pois ficam a aguardar gâmetas do banco público. Recorrem também mulheres e homens para preservação de gâmetas em contexto oncológico, de doenças graves ou transsexualidade.

Os projetos de paternidade tardios normalmente não recorrem sequer à primeira consulta, ou recorrem apenas a esta, pois o limite etário dos tratamentos comparticipados pelo SNS está estabelecido. O fator masculino de infertilidade masculina é crescente representando quase metade dos casos. Temos um leque de população muito variável que passam pelos

extremos de idade reprodutiva, pois, para além dos tratamentos de PMA, também realizamos cirurgia reprodutiva.

+Fertilidade: Em termos de tratamentos de fertilidade, quais os que continuam a registar maiores atrasos no centro de PMA que dirige?

Ana Aguiar: Qualquer dos tratamentos de PMA, FIV/ICSI tem um tempo superior a um ano de espera na nossa unidade, sendo que uma parte

dos casais têm conseguido realizar o primeiro tratamento ao fim de 12 meses de espera por referência a centros privados. Os beneficiários com tempo de espera muito significativo, superior a dois anos, são os que aguardam tratamentos com recurso a gâmetas doados, sendo que a sua realização está dependente da sua disponibilização pelo Banco Público de Gâmetas, entidade que fornece, a nível nacional, gâmetas para todos os centros do SNS.



APOIO PSICOLÓGICO

Como me posso preparar para um processo de inFertilidade?



Margarida Fonseca

Psicóloga clínica

psicologamargaridafonseca.com

Quando falamos de saúde reprodutiva e fertilidade, não podemos dissociar a saúde física da saúde mental: uma não existe sem a outra. Em geral, a atenção é focada nos aspetos físicos, e quase sempre se descarta o cuidado emocional e psicológico.

Mesmo quando o desfecho é “positivo”, no sentido da gravidez/criança nascida saudável, a saúde mental da mãe, e consequentemente do bebé, pode ser afetada pela forma como o processo de fertilidade foi vivido.

Por isso, cada vez mais a abordagem em Procriação Medicamente Assistida (PMA) deve ser integrativa, transdisciplinar e holística, respeitando a pessoa e o seu processo. A abordagem centrada em Patient Experience não é sobre o resultado do tratamento, mas sim sobre o processo, e o bem-estar físico e emocional durante o mesmo. Não é sobre o futuro, mas sim sobre o presente. Não é tanto sobre engravidar - pois isso ninguém consegue garantir - mas sobre assegurar que os pacientes têm apoio e recursos para lidar com os desafios, qualquer que seja o desfecho.

Devemos valorizar e promover a saúde mental na fertilidade, numa perspetiva preventiva, e não remediativa (como quando existe um quadro de perturbação já instalado e que necessite de medicação psiquiátrica).

Sei que não é um processo simples, por isso preparei para si as estratégias que considero essenciais como pilares essenciais da saúde mental para preparar e gerir o seu processo e tentar engravidar em segurança.

Sabemos que nesta área não existem certezas nem é possível prever o futuro, mas ainda assim, existem formas de o influenciar e de otimizar a nossa saúde. Vamos descobrir quais são?

Gestão de expectativas

Podemos preparar-nos para o processo de muitas maneiras, mas nunca estaremos completamente preparados para algo que é intensamente experiencial e emocional. Reserve sempre algum espaço para o inesperado e desconhecido. O processo exige flexibilidade e adaptação a cada etapa. Procure lidar com cada uma, e dividir o processo em pequenas partes para não se tornar overwhelming.

Queremos que corra bem, e ter esperança é fundamental, mas cuidado com a ditadura do “pensamento positivo”... É preferível utilizar uma estratégia de “otimismo cauteloso”.

“Nunca estaremos completamente preparados para algo que é intensamente experiencial e emocional”

Cada processo é único, ainda que existam muitos denominadores comuns: não é possível comparar as dores de cada um.

Também é possível que a experiência de receber o positivo e estar grávida/o não seja o sonho que se espera, e não fica sempre tudo bem quando se alcança o positivo. A gravidez não é uma solução mágica que faz desaparecer todo o sofrimento anterior.

Informação

Refleta sobre o tipo de paciente que é (mais envolvido/ativo ou mais distante/passivo) e quais as suas necessidades em termos de informação (informação detalhada ou básica). Se precisa de maior proximidade da equipa, se gosta de saber sobre os últimos estudos científicos e estatísticas, e negociar com o médico sobre as opções do seu caso. Ou se, por outro lado, quer saber apenas o essencial e estritamente necessário, confiando na equipa para orientar o seu caso da melhor forma.

Qualquer destas abordagens é válida, desde que seja uma decisão consciente.

Compromisso de Autocuidado

Para navegar no processo, é bastante importante estabelecer a intenção de cuidar do seu corpo e mente, priorizando o seu bem-estar. Mas fazendo-o por si em primeiro, e não em prol do tratamento/gravidez.

Defina previamente um plano com tarefas de autocuidado (emocional, físico, espiritual, intelectual, social). Encontre o seu “lugar seguro”, onde possa ancorar-se e restabelecer-se quando precisar.

O tratamento pode ser um bom momento para olhar para dentro, melhorar a sua saúde e quebrar padrões menos saudáveis de estilo de vida.

Este compromisso deve ser consigo. Peça ajuda quando precisar: para as refeições, para limpeza da casa, para apoio nutricional, psicológico, etc.

APOIO PSICOLÓGICO

Alimentação e Suplementação

A alimentação é um alicerce da saúde mental. Alimentos ricos em triptofano ajudam na produção de neurotransmissores do bem-estar. Alimentos processados, açúcar, bebidas alcoólicas e cafeína, por exemplo, tendem a contribuir para a ansiedade e desregulação emocional, pelo que não são recomendados. A dificuldade na relação com a comida (e imagem corporal) é um tema comum na fertilidade, e que necessita de uma abordagem especializada de nutricionista e psicólogo.

Em relação à suplementação, esta deve ser sempre individualizada e orientada pelo médico e nutricionista.

Atividade física

Durante o processo, o nosso corpo consegue suportar tratamentos após tratamentos, perdas gestacionais, medicações hormonais, stress, sempre movido pela energia da esperança de ter um filho.

Respeitar o corpo, cuidar dele e agradecer-lhe, é fundamental.

A atividade física moderada é altamente recomendável, com benefícios inequívocos na saúde mental, através da libertação de endorfinas (que aliviam a dor e acalmam a mente). Lembre-se que uma caminhada é sempre melhor do que nada, e que a motivação se constrói na ação comprometida. Idealmente, deverá começar por pequenos treinos de forma acompanhada, para aprender sobre movimento e evitar lesões.

Sono e descanso

Num processo tão exigente, torna-se necessário aprender a gerir o impacto do tratamento: a pressão financeira, a idade, o trabalho, a sociedade, a família e o custo emocional, pedem medidas de autoproteção. Fazer uma boa higiene do sono (o sono é a base da saúde mental e o papel da melatonina é essencial na fertilidade), descansar, respeitar os seus limites, fazer pausas no tratamento, ter tempo para não fazer nada, reservar algum dinheiro para gastar consigo (e não apenas direcionar para o tratamento) pode ser um bom antídoto.

Reduza gatilhos, desligue-se das redes sociais e permita-se cancelar planos, sempre que precisar.

Relação com a equipa clínica

Os tratamentos de fertilidade mexem com o que temos de mais primitivo e irracional: o instinto de reprodução da espécie, sobrevivência e a necessidade de prestar cuidados maternos/paternais. Vai sempre existir sofrimento, isso é certo, mas se o acompanhamento for feito de forma humanizada, empática, e afável, a experiência pode ser positiva, mesmo que o resultado não seja favorável.

Por isto mesmo, os pacientes precisam que a equipa clínica que os ajude a regular-se. Precisam de uma equipa que seja simultaneamente gentil e segura, que explique tudo as vezes que forem precisas até compreenderem, que responda às dúvidas à medida que surgem, que seja disponível e que os aceite, sem julgamento, que faça uma boa gestão de expectativas desde o início, que acolha e valide os seus medos, que lhes transmita más notícias com delicadeza e que os encoraje na desesperança.

A relação com a equipa é de longa duração, podendo durar vários meses e até mesmo anos. Esta relação determina muito do bem-estar do paciente e a boa condução do tratamento.

Deixar estar/Largar o controlo

Procure identificar o que está no seu controlo e o que não está. Permita-se deixar que as emoções e a experiência interna sejam tal como são, sem lhes resistir ou querer que sejam diferentes do que são. Não podemos controlar as ondas, mas podemos sempre aprender a navegá-las.

Confie em si, no seu corpo, no seu processo, e entregue o resto.

Aceitação e Auto-compaixão

Procure desenvolver um diálogo interno compassivo e não julgador. Seja empático/a e amoroso/a consigo. Cuide da relação consigo como cuida de um amigo querido ou como cuidaria da sua criança interior.

Reconheça o seu sofrimento, procure aliviá-lo intencionalmente, compaixão por si quando não conseguir fazer melhor, e encoraje-se nos momentos difíceis.

APOIO PSICOLÓGICO

Relação de casal

Não podemos esquecer que o processo de infertilidade é sempre sobre uma história de amor (amor próprio, pelos nossos companheiros, pelo bebê sonhado, pela nossa família).

Em geral, a relação de casal tende a polarizar-se: ou o casal cresce em conjunto ou se afasta. O tratamento é do casal, mas cada um tem o seu processo individual. É necessário trabalhar o “Eu, Tu e Nós”, estarem presentes no tratamento, fazerem atividades em casal que faziam antes, ter momentos de partilha vulnerável, ser porto de abrigo na tempestade, fonte de conforto e soluções para o outro.

Vulnerabilidade e Regulação emocional

Não é sobre gerir ou controlar emoções, mas sim gerir a nossa resposta às nossas emoções. É preciso sentir tudo o que há para sentir, estar emocionalmente disponível e deixar as emoções fazerem o seu importantíssimo trabalho.

Porque todas as emoções são temporárias e nenhuma fica, elas são visitantes e informam-nos acerca da nossa experiência.

Assumir a nossa vulnerabilidade ajuda a que o processo seja mais suave, deixa-nos menos reativos, e permite-nos poupar o sofrimento que advém da resistência e do evitamento das emoções desagradáveis.

Cuide das suas emoções durante o processo, trate as suas feridas emocionais como trata as suas físicas, respeite os seus lutos (existem muitos e são contínuos).

Conexão

O processo de fertilidade é um processo relacional, que requer vínculos afetivos, cuidados e conexão segura. É sobre procurar a segurança que estamos a perder com o processo, tal como âncoras que nos seguram na tempestade.

É importante conectarmo-nos com outros com quem tenhamos relações significativas e autênticas, com quem partilhamos valores de vida ou com quem nos possamos identificar (grupos de apoio e partilha).

Trabalho

Se o trabalho for fonte de realização e a ajudar a tolerar o tratamento, deve manter-se a trabalhar, reduzindo picos de trabalho e stressantes.

Contudo, se o trabalho for fonte de stress e mal-estar, é recomendável que se proteja (a lei permite-lhe justificar as faltas, sem baixa médica). Esta deve ser uma decisão tomada pelo paciente, que melhor conhece a sua realidade.

Autoconhecimento

A infertilidade pode trazer muito sofrimento, pode ser uma fase sombria, de perda de identidade. Mas também pode trazer empoderamento, sabedoria e conexão consigo mesma. Pode resultar num processo de transformação e resignificação.

Conhecer os seus valores e alinhá-los pode ajudar a tomar decisões difíceis no tratamento, são eles que orientam a nossa ação e que ajudam a suportar o sofrimento, em prol de uma vida com propósito e significado.

Atividades de prazer e realização

De uma forma geral, procure manter outros projetos importantes de vida, pessoais e profissionais, ainda que possa ter de os reajustar. Envolver-se em atividades que lhe dão prazer, energia e vida. Estimule novos interesses ou recupere os antigos.

Gratidão

Sentir-se agradecida/o no processo pode ser contraintuitivo, mas é importante estimular a gratidão, com pequenos belisques, sem forçar. Há tanto sofrimento e dor emocional nesta área, que é muito fácil habituarmos a nossa mente (cuja estrutura já é biologicamente negativa) a focar o negativo e esquecermos de dirigir a atenção para as coisas boas. Faça regularmente o exercício de recordar os aspetos positivos do processo pelo qual agradece, e pelas pessoas que estão ao seu lado.

“Respeite o seu processo que é único e íntimo”

Por fim, nem sempre o tratamento é um, ou o principal, motivo de stress. Por vezes, ele é apenas a ponta de um icebergue de questões prévias que tendem a vir ao cimo nesta fase.

Respeite o seu processo que é único e íntimo, e procure acompanhamento psicológico para a/o ajudar a encontrar bem-estar, leveza e serenidade.

NUTRIÇÃO

Principais erros nutricionais cometidos por casais que tentam engravidar



Virgínia Marques
Nutricionista

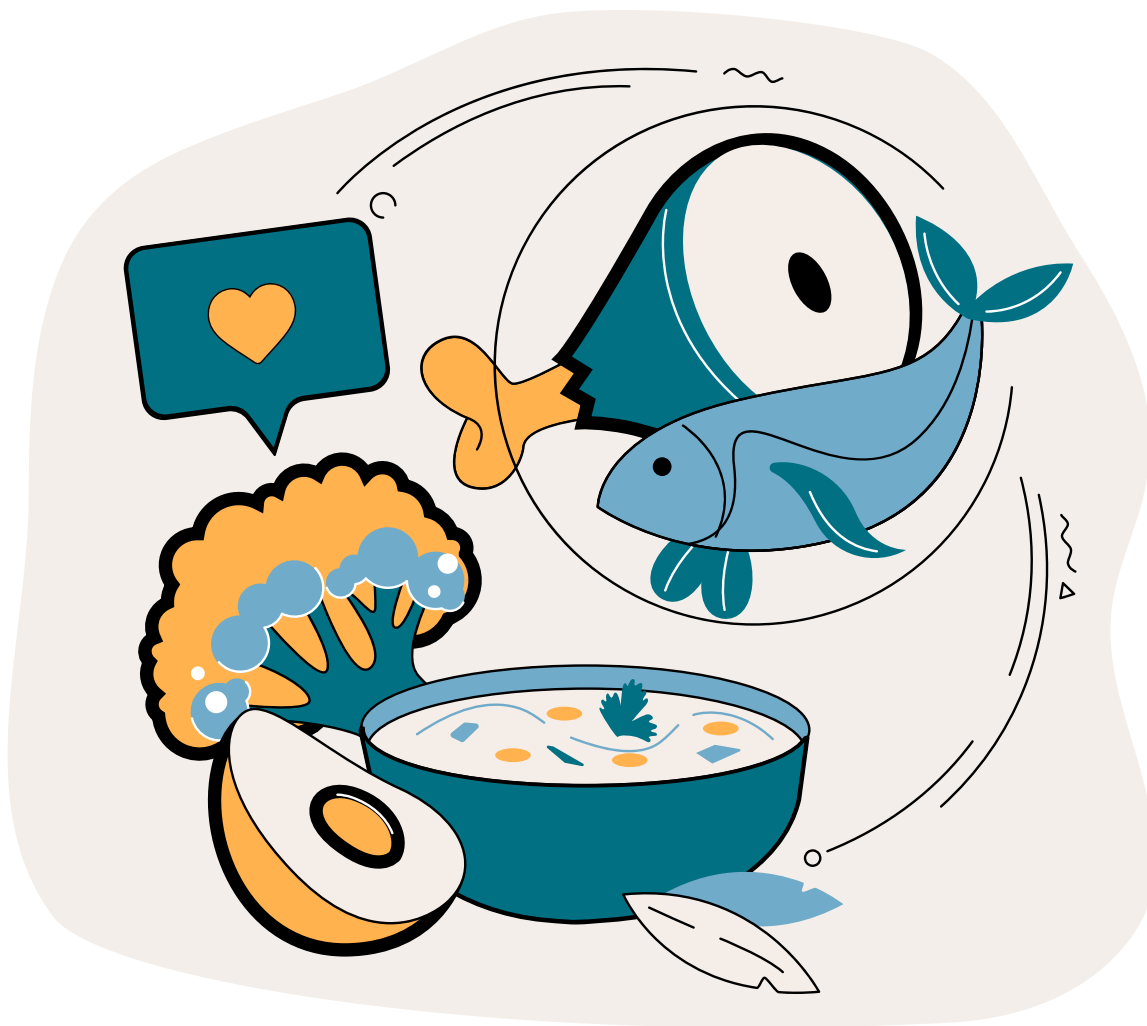
www.virginiamarques.pt

Quando o casal decide engravidar, geralmente há uma preparação a vários níveis. Há um planeamento financeiro, uma organização da vida profissional e muitas vezes uma consulta de preconceção, maioritariamente para a mulher. No entanto, são diversas as vezes em que a nutrição

é negligenciada. Com as fortes evidências que têm surgido atualmente sobre o impacto da nutrição na fertilidade do casal, descuidar este aspeto é um risco. É possível detetar vários erros cometidos de forma repetida, tanto pela mulher como pelo homem.

Começando pelo homem, é muito frequente deixá-lo de parte. A grande maioria das recomendações são direcionadas para a mulher e esse é um dos grandes erros. A evidência mostra que a nutrição tem um impacto significativo na fertilidade masculina. A obesidade, estilo de vida e alimentação do homem tem demonstrado ser de extrema importância para a saúde do espermatozoide.

Atualmente sabe-se que a obesidade e o excesso de peso masculino podem estar igualmente envolvidos na dificuldade em engravidar e na qualidade do embrião. Um exemplo disso, é a enzima aromatase que



apresenta uma atividade aumentada em pacientes com excesso de gordura corporal, contribuindo para o aumento da conversão de testosterona em estrogênio, o que pode induzir uma alteração na liberação das hormonas sexuais masculinas. Sabe-se ainda que homens obesos são mais propensos a terem baixa quantidade de espermatozoides (oligospermia) ou ausência total de espermatozoides (azoospermia) em comparação com homens dentro de uma faixa de peso saudável.

Assim como no homem, a obesidade na mulher tem também um efeito negativo no potencial reprodutivo, principalmente devido à alteração funcional do eixo hipotálamo-hipófise-ovário. Mulheres obesas geralmente apresentam níveis mais altos de insulina (hiperinsulinemia) que é um estímulo conhecido para o aumento da produção de androgênios. Esses androgênios são convertidos de forma exagerada em estrogênio, devido ao excesso de tecido adiposo afetando também a produção hormonal. O excesso de estrogênio pode ainda agravar

toda a fisiopatologia da endometriose, outra doença muito comum associada a infertilidade. A hiperinsulinemia está altamente implicada na síndrome dos ovários poliquísticos (SOP), caracterizada por ciclo menstruais irregulares, disfunção na ovulação e hiperandrogenismo. Juntando a tudo isto, a liberação de citocinas pró inflamatórias pelo tecido adiposo vão ter um efeito negativo em toda a maturação do óvulo.

Nesse sentido, seguir uma dieta rica em alimentos com baixa carga glicêmica está relacionado a uma melhora na fertilidade relativamente à ovulação, por meio de uma melhora na sensibilidade à insulina em mulheres, e também na qualidade dos espermatozoides. No entanto, é bastante frequente encontrar casais com consumos desmedidos de açúcares e farinhas refinadas.

Da mesma forma que o peso excessivo poderá ser prejudicial, o baixo peso também está associado a alterações a nível hormonal, tanto a períodos anovulatórios, amenorreia, fases lúteas curtas ou ausentes nas mulheres, como a

NUTRIÇÃO

diminuição da produção, viabilidade e motilidade dos espermatozoides.

A manutenção de um peso saudável por estes casais deve ser recomendada e estimulada.

Sabe-se também que o stress oxidativo pode afetar a saúde reprodutiva dos casais. O problema surge quando há um excesso na produção de radicais livres induzido por vários fatores como excesso de peso e má alimentação. Este excesso de radicais livres pode afetar a qualidade do espermatozoide, tanto na morfologia como na motilidade. Um outro aspeto importante é a fragmentação do DNA no homem que está também relacionada com o estilo de vida e stress oxidativo. Na mulher, também o stress oxidativo pode afetar a qualidade dos folículos e ainda a uma desintegração precoce do corpo lúteo levando a ciclos menstruais mais curtos.

“A alimentação deve ser um dos grandes pilares a tratar em quem tenta engravidar”

Assim sendo, a alimentação deve ser um dos grandes pilares a tratar em quem tenta engravidar. Não consumir nutrientes suficientes é claramente um erro bastante comum. Muitas pessoas fazem um consumo insuficiente de nutrientes essenciais ao sistema reprodutor, à formação da placenta e manutenção de uma gravidez saudável. É importante que os casais obtenham esses nutrientes de fontes alimentares, e caso seja necessário, a suplementação poderá ser uma opção a considerar.

Os erros alimentares que podem interferir na fertilidade do casal podem estar associados a défices de:

Ácido fólico - desempenha um papel essencial na síntese de DNA e RNA. É crucial para o desenvolvimento do sistema nervoso do bebé,

ajuda a prevenir defeitos congénitos e com isso diminui a probabilidade de perda gestacional. Mas não ficamos por aqui. O défice de ácido fólico está associado a um risco aumentado de anomalias na ovulação. Normalmente, esta vitamina é apenas suplementada nas mulheres, mas na verdade, os homens devem também fazer uma boa ingestão da mesma, uma vez que, contribui para melhorar a quantidade e a qualidade dos espermatozoides.

Vitaminas C, E e selénio - essenciais na reprodução devido à sua função antioxidante, pois minimizam os efeitos do stress oxidativo nos óvulos e espermatozoides. Além disso, a vitamina E facilita a implantação do óvulo fertilizado e é ainda necessária para o desenvolvimento e funcionamento da placenta.

Cálcio - a ingestão de cálcio muitas vezes não é suficiente. É comum encontrar pacientes que, por variadíssimas razões, excluíram os laticínios da alimentação, mas não substituíram por outras fontes de cálcio, levando a baixo consumo. Sabe-se que o cálcio desempenha um papel muito importante na espermatogénese e na motilidade, na hiperativação e na reação do acrossoma espermático, essencial para que ocorra a fertilização do óvulo.

Zinco - desempenha um papel essencial na fertilidade, pois protege o espermatozoide e o óvulo dos danos oxidativos, participa da formação da estrutura e função da placenta e do crescimento e desenvolvimento do sistema nervoso fetal. Nos homens, o zinco tem papel de grande relevância no processo reprodutivo, pois participa do desenvolvimento testicular normal, da síntese de testosterona e tem influência na maturação, quantidade e mobilidade dos testículos.

Iodo - é importante referir este mineral, dada a sua participação na síntese das hormonas tireoideas. Ele é essencial na manutenção da fertilidade e a sua deficiência está associada a um risco aumentado de aborto espontâneo, assim como, malformações no bebé.

Fibra - a pouca ingestão de fibra é outro

fator negativo, uma vez que, ela melhora o funcionamento intestinal e com isso potencia a absorção de nutrientes pelo intestino, e ainda, ajuda a controlar os níveis de açúcar no sangue. O consumo de frutas, vegetais, grão integrais e sementes deverá fazer parte da alimentação destes casais.

Se por um lado o déficit de nutrientes é um problema, o excesso de alguns produtos alimentares também o é.

Em relação às gorduras, observa-se que a ingestão elevada de gorduras saturadas pode estar negativamente associada ao número de espermatozoides, e ainda, que as gorduras trans aumentam a resistência à insulina, aumentando assim o risco de apresentar alterações na ovulação e na qualidade do espermatozoide. Por outro lado, seguir dietas ricas em gorduras monoinsaturadas parece ter um efeito benéfico na fertilidade de mulheres e homens. Da mesma forma, foi encontrada maior eficácia nos tratamentos de reprodução assistida e melhor qualidade do esperma em pessoas com boa ingestão de ômega 3. Também as mulheres com SOP apresentam vantagens no consumo adequado de ômega 3, que pode contribuir para a redução da concentração de testosterona e melhora a resistência à insulina. Dar preferência ao azeite, frutos secos, ovos, peixe e sementes poderá trazer vantagens, assim como a redução/eliminação de produtos muito processados e óleos refinados.

O excesso de açúcar e farinhas refinadas é muito frequente. Como referido anteriormente, este tipo de alimentos contribui para um ganho acelerado de peso e aumento dos níveis de açúcar no sangue. Deve ser privilegiado o consumo de cereais integrais, grão, frutas e diminuição na ingestão de bolos, doces e produtos ultraprocessados.

Outro erro frequente é o pouco controlo na ingestão de álcool e cafeína. O seu consumo excessivo pode também afetar a fertilidade

dos casais e aumentar o risco de aborto espontâneo. É importante limitar a ingestão de álcool e cafeína ou evitar completamente durante as tentativas de engravidar. Apesar de não existir dose recomendada de álcool na preconcepção, os estudos mostram que o efeito negativo é dose-dependente. Ele pode afetar a qualidade do esperma e aumentar o risco de defeitos congénitos. Para além disso, o excesso de cafeína já foi associado à perda gestacional e a um maior tempo em engravidar.

Em suma, os casais que estão a tentar engravidar devem optar por uma dieta saudável e equilibrada que inclua uma variedade de

“A dieta Mediterrânica tem surgido com forte evidência como uma dieta que potencia a fertilidade”

alimentos nutritivos. É importante consumir uma variedade de frutas e legumes frescos, grãos integrais, proteínas magras, gorduras saudáveis e fontes de antioxidantes. Além disso, é importante limitar o consumo de alimentos processados, gorduras saturadas, açúcares, farinhas refinadas, cafeína e álcool.

A dieta Mediterrânica tem surgido com forte evidência como uma dieta que potencia a fertilidade. Esta tem sido associada como uma arma na melhoria da qualidade dos espermatozoides, óvulos e na ovulação. Este padrão alimentar vai ao encontro das recomendações já mencionadas. Assim sendo, a alimentação é uma ferramenta demasiado poderosa para ser descartada na luta contra a infertilidade.

TESTEMUNHOS

O nosso coração fora do nosso corpo



Quando começamos a namorar, tinha deixado de tomar a pílula e estava sem menstruar há mais de 27 meses. Nesse momento, já me encontrava à espera de consulta de Fertilidade no Centro Hospitalar de Tâmega e Sousa. Quando nos aproximamos contei logo a minha história ao Rui, não faria sentido se não fosse assim. Quando era adolescente e comecei a menstruar por volta dos 13/14 anos, a minha menstruação nunca foi certa, logo aqui recorri a um ginecologista, que viu que já tinha ovários poliquísticos. Comecei a tomar a pílula para ver se regulava a menstruação e se diminuía os quistos, continuei a ser vigiada, mas mesmo com a pílula nunca consegui ter uma menstruação certa.

Aos 18 anos, numa outra consulta, o médico disse que iria ser bem difícil um dia engravidar,

e que, quanto mais tarde quisesse ser mãe, pior seria o cenário. Fiquei muito preocupada e triste, pois desde a minha infância sempre sonhei ser mãe, era o meu objetivo de vida. Somos dois. Mas queríamos aumentar a nossa família e ter mais um membro na nossa casa. Ter o amor das nossas vidas, o nosso coração fora do nosso corpo.

A partir daí, decidimos fazer análises gerais, que tiveram “resultados normais”. Continuamos com a consulta e resolvemos procurar ajuda no privado. Aqui iniciamos o acompanhamento com indutores de ovulação, pois eu não ovulava, mas sem sucesso, após alguns tratamentos. Em maio de 2019 fiz um drilling aos ovários (limpeza dos quistos). Após este procedimento voltamos aos indutores de ovulação por mais três vezes, sem sucesso. Decidimos fazer inseminação

intrauterina. Fizemos três, das quais duas sem sucesso, mas à terceira chegou o nosso tão desejado positivo. A 22 de janeiro de 2020 fiz o teste de gravidez e estava positivo, que dia em grande, que alegria, nós não conseguíamos acreditar e aguentar tanta felicidade. Uma gravidez de alto-risco. Contactei logo o médico, no dia seguinte fomos à consulta e era realidade, o nosso bebé estava ali! Mas eram precisos muitos cuidados e um repouso total. Isso para mim não era um obstáculo, o que eu queria é que tudo estivesse bem, cumpro à regra todas as indicações.

Dia 21 de fevereiro de 2020 tinha consulta de rotina num hospital público de PMA (Procriação Medicamente Assistida). A médica fez uma consulta normal, ecografia normal, e mandamos sentar. “Voltam daqui a quinze dias e olhe, vamos ver!”, disse. Eu perguntei, “Mas o que se passa com o meu bebé?” Ela simplesmente respondeu: “Qual bebé qual quê?! Isso nem um feto era, quanto mais um bebé. Podem sair!” Foram as últimas palavras desta médica. Eu nunca tinha sido atendida por ela, era um médico que me seguia, mas teve uma urgência, então calhou-me ser atendida por esta pessoa.

O nosso Mundo desabou, parou, não sabíamos o que pensar, o que fazer, o porquê de me acontecer? O Rui com muita calma, disse “calma, já vou ligar para o nosso médico” que nos seguia pelo privado e de imediato nos deslocamos a clínica, para verificar o que estava a acontecer. Quando chegamos o médico voltou a fazer ecografia e de facto não existia batimentos, de imediato lamentou e conversou bastante connosco. Encaminhou-nos com uma carta para o Centro Materno-Infantil do Norte (CMIN), para proceder a limpeza com medicação ou sem, por considerar que não faria sentido esperar mais 15 dias. Saímos da consulta e deslocamo-nos para lá. Lá fizemos uma consulta e ecografia, depois voltaram para falar connosco e explicaram que, infelizmente, acontece a um número muito elevado de mulheres/casais.

Depois veio o início da pandemia, conhecida



por COVID-19. Tudo deu uma volta de 180°, consultas anuladas, outras adiadas, tratamentos também, mas nós não desistimos.

Um mês depois voltei ao CMIN, para consulta a ver se tinha ficado o útero limpinho, e estava perfeito. Falei com o meu médico ele deu o seu parecer positivo para tomar a medicação de indução de ovulação ainda que não fizesse monitorização. A 4 de Junho de 2020, chegou novamente o nosso positivo, o nosso arco-íris!

Foi um misto de emoções. Foi uma alegria e foi, ao mesmo tempo, um medo, aquela sensação

TESTEMUNHOS

de “E se volta a acontecer e se é igual?”. E, lá está, eu acho que isto, esta parte da ansiedade, eu bloqueava nas consultas. Acho que esta parte teve muito a ver com o facto de o aborto não ter sido trabalhado, não fiz o meu luto, porque, embora tentasse digerir as coisas e pensar de maneira positiva, há sempre aquele medo que nos assombra e que é maior do que aquilo que nós pensamos.

Foram nove meses de sobressalto, de ansiedade, de instabilidade, de incertezas, a nossa única certeza era querer que tudo desse certo. Não víamos a hora dela nascer, só quando a tivemos nos braços é que ficamos tranquilos. A Maria Miguel é tudo para nós! Nasceu a 3 de fevereiro de 2021, as 9h35 na Casa Saúde da Boavista, com 2.950 kg e 46 cm. Já tem 2 anos, é um doce de menina, muito meiga, simpática, carinhosa, é uma verdadeira Princesa! É sem dúvida a nossa Princesa.

Após o nascimento da Maria Miguel senti necessidade de desabafar e de ouvir opiniões de outras pessoas e saber histórias de outras pessoas que passam por estas situações, pela perda gestacional e pela situação da infertilidade. Então decidi criar a página @superar_e_amar, [no Facebook](#), [Instagram](#) e [canal de Youtube](#).

Ali partilho a nossa história, o nosso dia-a-dia, e recebo muitas mensagens de pessoas que passam, ou já passaram pelo mesmo, e que procuram conversar e querem opiniões. Muitas pessoas desabafam comigo e, não me conhecendo presencialmente, até se sentem mais à vontade para falar do que com uma pessoa que conhecem. Acho que deviam ter apoio, porque faz falta, porque eu precisei e sentia falta disso. Na altura até procuramos um psiquiatra, e fui seguida por ele, porque tudo isto mexe connosco e isso reflete-se no nosso futuro. As pessoas não querem que as suas histórias sejam divulgadas, mesmo no anonimato, por causa do julgamento, do tabu, de as pessoas saberem que passam por isto. Devia haver mais divulgação, mais apoios de forma a desmistificar mesmo o tema para deixar de ser um tabu, para

as pessoas se sentirem à vontade, para ver que existem tratamentos, para as pessoas estarem informadas.

No futuro, gostava, “acima de tudo, de conseguir chegar a muitas dessas pessoas que passam por estes processos e falar sobre isto e que vejam que, lá no fundo, embora custe e seja um processo longo, existe sempre uma luz ao fundo do túnel, existe sempre uma hipótese, embora seja dolorosa, ou não, umas com mais e outras com menos trabalho, umas



com mais e outras com menos tratamentos, independentemente disso, que pensem que têm sempre um apoio e que existe sempre uma oportunidade para cada um.”

O que digo sempre é para nunca desistirem, para tentarem sempre, independentemente de tudo. Eu sei que a nível particular fica muito caro, é verdade, mas, se tiver de fazer um empréstimo

para ter uma casa ou ter um filho, eu faria mais depressa para ter um filho, sem sombra de dúvidas. Claro que cada um tem os seus planos de vida, os seus projetos e tem de ver a sua vida financeira, mas nunca desistam e, principalmente quando é um sonho e quando querem muito, acho que devem lutar pelo sonho até conseguir. Nós Conseguimos!

Cátia e Rui



TESTEMUNHOS

O milagre Carlota

Eu e o meu marido Frederico iniciámos a nossa caminhada pela infertilidade em 2014. A nossa luta durou 4 anos, os anos mais difíceis da nossa vida. Em 2018 nasceu a nossa Carlota e, a partir daí fechou-se um ciclo de angústias, desesperos e expectativas e começou outro igualmente desafiante.

Iniciámos juntos uma relação romântica e cheia de sonhos e o maior deles era sermos pais. Namorámos, casámos, preparámos a nossa casa e fizemos um planeamento, ao mês, para a vinda do nosso primeiro filho. Desconhecíamos que houvesse tantos casais com dificuldades para engravidar, não tínhamos conhecimento de ninguém que não tivesse conseguido realizar este projeto e, portanto, o diagnóstico da infertilidade foi como um balde de água fria que caiu nas nossas vidas, numa altura em que tudo nos parecia perfeito.

Após um ano de tentativas fracassadas e a conselho da minha ginecologista, tivemos a nossa primeira consulta de fertilidade, numa clínica privada. Já tínhamos os exames básicos que apontavam para uma infertilidade de causa masculina e foi-nos indicada a Fertilização in Vitro (FIV) com ICSI. Neste dia, ficámos a perceber muitas coisas que até então eram novidade para nós. Percebemos que o serviço público de saúde não iria dar-nos resposta no tempo que nós desejávamos, que os tratamentos que nos eram indicados seriam um grande arrombo financeiro e que teríamos de percorrer um caminho diferente para termos o nosso desejado filho.

Iniciámos os preparativos para a primeira ICSI. Logo no mês seguinte. Para mim, nunca trinta dias me pareceram tão vagarosos. O nosso tempo era ocupado com o nosso trabalho e a fazer pesquisas no Google sobre o tema da infertilidade ou em fóruns relacionados com

o tema. Apesar de termos partilhado a nossa situação com os nossos familiares mais próximos e melhores amigos, optámos por não contar a mais pessoas porque foi duro perceber que estávamos a causar tristeza e angústia a quem gosta de nós.

Passo a passo, seguindo todas as indicações do médico que nos acompanhou e depois de muitas nódoas negras na minha barriga devido às injeções mal dadas, chegou o momento decisivo. A análise que confirma o sucesso de todo o tratamento. Lembro-me de ter as pernas a tremer e o coração a querer sair do peito de tanta ansiedade. Quando atendi o telefonema do médico ele deu-nos logo os parabéns e percebi que podia respirar de alívio. Estava grávida! Uma imensa felicidade que partilhámos com todos aqueles que também aguardavam o telefonema do médico.

Com todos os cuidados que uma grávida precisa de ter, os dias foram passando e a expectativa estava na primeira ecografia.

Sentia-me bem, nada de enjoos, apenas algumas moinhas que todos diziam ser normais. Seguiram-se umas dores mais fortes, pontuais, mas nada mais. Estava tranquilizada pelo médico.

Quando fizemos a primeira ecografia, vi no rosto do médico um ar de pânico, nem uma palavra enquanto olhava para o monitor com toda a precisão. Percebi logo que havia alguma coisa que não estava bem.... Estava realmente grávida, mas o meu filho não estava na minha barriga. Perguntei “mas onde está, então?” e a resposta foi “não está”. Tinha um saco gestacional vazio, que em alguma altura teve um embriãozinho, mas que nunca teve um coração a bater. Foi duro, talvez o momento mais duro até então. Aquele saco vazio teve de sair, expulsei de mim aquilo que mais desejava. Chorámos muito e juntos, na



nossa casa, vimos ir “por água a baixo” o desfecho de todo o nosso esforço e dedicação.

Recuperámos da deceção e voltámos à luta.

Não conseguimos congelar embriões e, portanto, recomeçámos mais um processo de ICSI. Voltámos à clínica e o procedimento foi o mesmo, mas agora encarado com mais experiência e menos expectativas. Resultado: grávida novamente! E novamente o mesmo diagnóstico na ecografia, um saco gestacional vazio. Seguiu-se mais uma expulsão, em casa, com muitas dores e muitas lágrimas.

Após um mês de luto tínhamos de ir buscar as esperanças que nos mantiveram, os nossos embriões congelados, que não eram muitos, mas podiam ser os nossos guerreiros.

Nesta altura, a clínica de fertilidade onde

estávamos a ser seguidos fechou e o nosso médico já nos tinha encaminhado para o Hospital de Santa Maria, mas a chamada ainda iria ser demorada, então, juntámos todas as nossas economias e, em 2015, fizemos a transferência dos nossos embriões noutra clínica. Transportámos no nosso carro, com todo o cuidado, o recipiente com os nossos três embriões, prendemo-lo com o cinto de segurança com a esperança de estarmos a proteger o/s nosso/s filho/s numa viagem de automóvel em família.

Para esta transferência foram-nos indicados novos procedimentos, fomos “com tudo”, segundo palavras do nosso novo médico. Tentámos o “scratching” endometrial, tratamento da minha adenomiose por embolização uterina

TESTEMUNHOS

e após transferência injeções de heparina e anticoagulantes. Infelizmente, apesar de tudo, o resultado foi negativo.

Para nós sempre esteve fora de questão desistir do nosso sonho mesmo com todas as decepções. Então, voltamos a ganhar forças e quando fomos chamados para o Hospital de Santa Maria íamos novamente confiantes.

A realidade do acompanhamento hospital público é bastante diferente das clínicas privadas. Ali percebemos que a infertilidade não escolhe idades, nem etnias. Quando olhávamos à nossa volta percebíamos que eram muitos com os mesmos receios e as mesmas esperanças. Por vezes, víamos sair dos gabinetes médicos casais com o seu livrinho verde, o livro da grávida, uma espécie de passaporte para a felicidade, e perguntávamo-nos quando é que seria a nossa vez.

Aqui, a primeira ICSI foi negativa e sem embriões. A segunda também foi negativa, mas conseguimos ficar com embriões congelados. E, com tudo isto, foi em 2017 que a equipa médica decidiu fazer-me um estudo uterino que detetou várias aderências que tiveram de ser removidas por histeroscopia.

Tratadas as aderências intrauterinas, avançámos para a transferência dos embriões que estavam congelados desde o ano anterior, sempre com vontade de nunca desistir do nosso sonho, mas já acusando cansaço e muito desgaste psicológico.

À nossa volta, toda a gente parecia feliz e realizada e os nossos amigos e familiares iam anunciando as suas gravidezes. Começámos a perder o ânimo e decidimos que poderíamos ser pais de outra forma recorrendo à adoção.

Durante este período o mais difícil de ultrapassar é o tempo que vai passando. Se por um lado, quando estamos à espera dos tratamentos, parece-nos que o tempo não passa, por outro, quando olhamos para trás reparamos que já estamos há tempo a mais nesta luta e que a idade vai avançando, o que não é nada favorável.

Cada aniversário meu que passei durante esta



caminhada traduziu-se num dia de muita dor, sem vontade de festejar mais um ano da minha vida sem o meu maior desejo. Muitas vezes, senti-me egoísta por não estar a partilhar verdadeiramente a felicidade daqueles que me rodeiam e percebi que precisávamos de ser ajudados psicologicamente. Fomos à procura desta ajuda e de muitas outras. Recorremos à homeopatia, à acupuntura, à meditação, à suplementação natural e à Fé em Deus. Entretanto, já dominávamos os conceitos principais da infertilidade e começámos a partilhar a nossa luta com os outros. De certa forma, esta partilha evitou a avalanche de perguntas típicas que são feitas a um casal recém-casado, como, por exemplo, “então e o bebé, é para quando?”, “já está na altura de pensarem em aumentar a família...”.

Na última transferência que fizemos tínhamos as nossas expectativas muito baixas. Decidimos que faria a minha vida normal, tentando desfocar-me do assunto e fui trabalhar normalmente. Uns dias antes de fazer a análise beta-HCG tive um sangramento que nos deixou de rastos e me levou a fazer um teste rápido e para nossa surpresa estava positivo!

Aguardámos com muita ansiedade pela ecografia. As duas últimas tinham terminado com o nosso sonho e desta vez queríamos muito que fosse diferente. Queríamos mais do que tudo na vida ver e ouvir o coração do nosso embriãozinho a bater. Quando olhámos para o monitor, vimos o “pisca-pisca” e ouvimos “aqui está ele, o coração do vosso bebé a bater forte”, não aguentámos as lágrimas e chorámos muito de emoção, juntamente com os médicos e enfermeiros fantásticos que ali estavam a partilhar da nossa emoção.

Mas o sangramento não trazia boas notícias. Estava com um descolamento no saco gestacional e a gravidez poderia não evoluir. Não havia garantias de nada e a única coisa que podia fazer era repouso absoluto até às doze semanas e voltar para ver a evolução do embrião.

Cheguei às doze semanas, com repouso absoluto, seguindo todas as indicações médicas,

com muitos vómitos e muitos sintomas de grávida, mas não consegui sentir-me verdadeiramente grávida, não quis criar uma ligação com um bebé que poderia estar ali ou então não estar. Não contámos a muitas pessoas com receio de ter de dar uma má notícia e quando regressámos ao Hospital de Santa Maria o nosso bebé estava forte e saudável, cheio de vitalidade e pronto a receber muito amor.

Finalmente, foi a nossa vez de sair do gabinete médico com o livrinho verde e nos despedimos daquelas pessoas, aqueles seres humanos incríveis, desde a equipa médica às rececionistas, que nos deram um abraço e se despediram de nós com lágrimas nos olhos.

A gravidez correu bem, o parto também e o nosso milagre chama-se Carlota, tem 5 anos, e sabe que é fruto de uma sementinha muito especial que um dia nos escolheu como pais.

Marta e Frederico



APFertilidade explica...



O primeiro filho nasceu através de tratamentos de fertilidade realizados num centro de procriação medicamente assistida (PMA) do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e uma mulher ou um casal querem aumentar a família. À semelhança do que aconteceu na primeira vez, em que foi necessário recorrer a ajuda médica, muitos casais voltam a bater à porta do SNS para tentar ter mais um filho.

O Ministério da Saúde estabeleceu critérios de acesso ao apoio à fertilidade para estes beneficiários, mas a maioria destas mulheres e casais recebe uma resposta negativa quando pedem uma nova ajuda aos centros públicos. Porquê? Leia as respostas a seguir.

Quem pode aceder ao apoio à fertilidade no SNS?

Todas as mulheres, mas com limite de idade e segundo alguns critérios.

Para ter acesso à consulta de apoio não há limite, desde que a mulher seja referenciada para consulta pelo médico de família ou pelo médico que a acompanha em caso de doença que interfira com a sua fertilidade.

Apesar de qualquer mulher ter acesso à consulta da especialidade, existem normas a cumprir quando se fala de tratamento numa mulher em projeto monoparental, enquanto membro de casal heterossexual ou de mulheres, mesmo que haja indicação médica.

À indução de ovulação e à inseminação intrauterina ou artificial, os chamados tratamentos de 1.^a linha, podem aceder as mulheres que não ultrapassem os 42 anos (41 anos e 365 dias ou 366 no caso de ano bissexto), sendo que a idade a considerar é a que se regista na altura em que é submetida à técnica.

Aos tratamentos de 2.^a linha - fertilização in vitro (FIV) e injeção intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI) – não podem ser ultrapassados os 40 anos (39 anos e 365 dias ou 366 no caso de ano bissexto).

Recentemente, o acesso aos tratamentos de fertilidade passou a ser possível até aos 50 anos, mas apenas para mulheres que tenham material reprodutivo criopreservado devido a doença grave.

Quantos tratamentos são financiados pelo SNS?

Seja nos tratamentos de 1.^a linha ou de 2.^a linha, o SNS financia até três ciclos para cada caso, sendo que podem ser realizados todos no mesmo ano. Os casos que já beneficiaram de ciclos FIV/ICSI em anos anteriores, poderão realizar os restantes ciclos a que têm direito desde que, e uma vez mais, no total, o número de tratamentos de que podem beneficiar não ultrapasse os três.

Um casal pode ter apoio para um segundo filho no SNS?

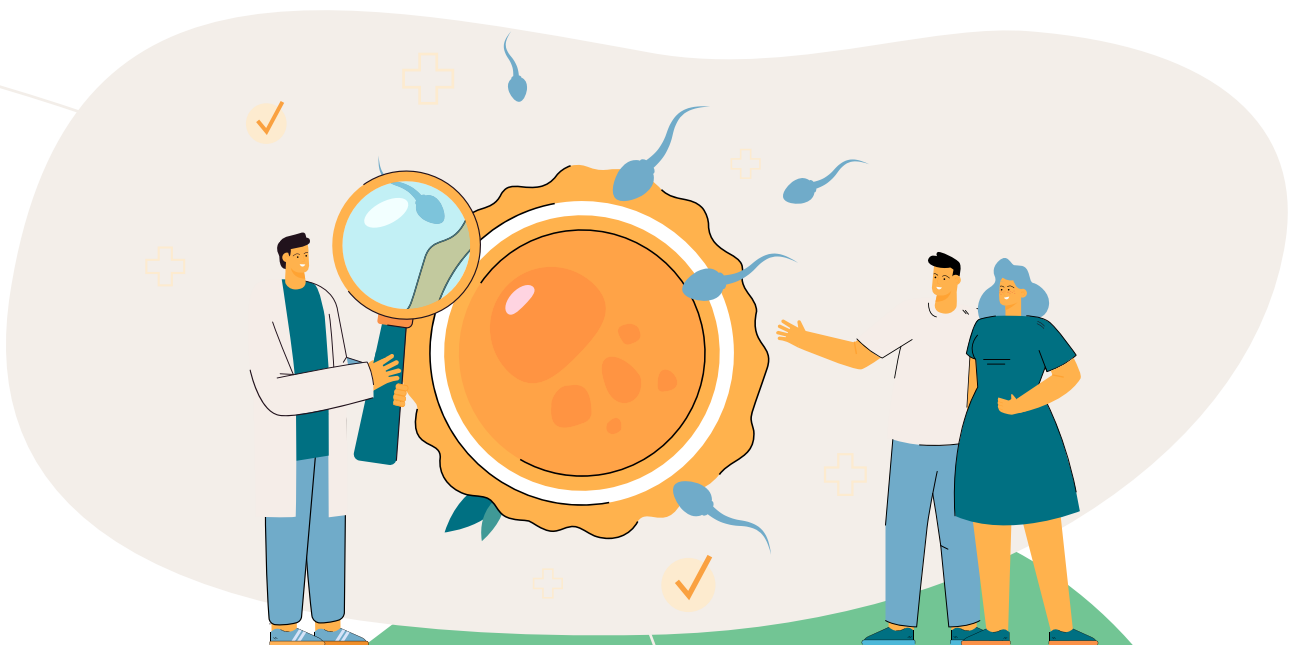
Sim e não. De acordo com o Ministério da Saúde, todas as mulheres e todos os casais, exceto aqueles que tenham mais de um filho em comum, têm direito de acesso ao apoio à fertilidade através do SNS.

Assim, beneficiam do apoio casais sem filhos em comum, mas com filhos de anteriores relacionamentos; casais com um filho em comum e com critérios atuais de infertilidade; e casais com um filho anterior resultante de PMA e que possuam embriões criopreservados.

São estas regras que suscitam uma daquelas que é das dúvidas mais comuns que a APFertilidade recebe - como pode um centro público recusar um novo tratamento a um casal

quando, a partida, se inclui nas primeiras duas possibilidades reconhecidas pelo SNS. De uma maneira simples, devido à incapacidade dos centros públicos de PMA darem resposta a todos os que deles precisam para terem filhos.

Num cenário caracterizado por enormes listas de espera para tratamento, que podem chegar a três anos quando é necessário recorrer a doação de óvulos e espermatozoides, é dada prioridade a mulheres e casais que ainda não tenham sido mães e pais. Como consequência, apenas os casais que tenham um filho nascido com recurso à PMA, e que desse tratamento tenham ficado com embriões criopreservados, têm acesso a uma nova tentativa. Isto deve-se ao fato de a utilização desses embriões estar prevista na lei e o seu destino ser um direito da mulher ou casal.



Quanto tempo podem ficar congelados embriões excedentários?

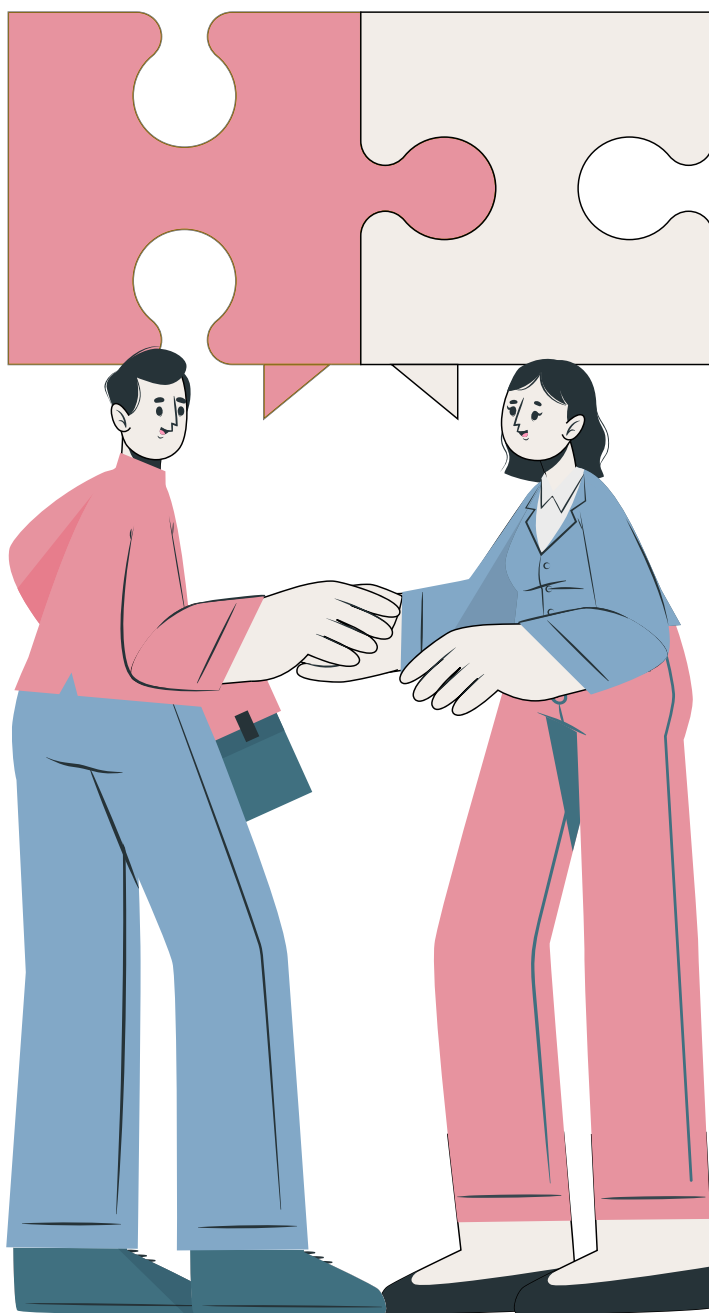
Após uma gravidez bem-sucedida, é possível criopreservar os embriões que não foram utilizados num tratamento. É ainda possível doar esses embriões a outros casais ou à investigação médica, ou, numa situação limite, decidir pela sua destruição. No entanto, qualquer destas possibilidades só avança com a autorização do casal detentor do material biológico.

A Lei da PMA determina no Artigo 25.º que os embriões que não tiverem sido transferidos

no âmbito de um tratamento devem ser criopreservados, tendo os beneficiários que utilizá-los no prazo máximo de três anos. O diretor do centro de fertilidade onde estiverem guardados pode assumir a responsabilidade de alargar o prazo de criopreservação por um novo período de três anos.

Caso não sejam utilizados pelo casal, doados ou entregues para investigação, num prazo de seis anos, os embriões podem ser descongelados e eliminados, por determinação do diretor do centro. A APFertilidade aconselha os beneficiários a que se informem junto do centro sobre os prazos de utilização dos seus embriões.

Protocolos



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

Ginemed Porto

Avenida da Boavista, 1243
4100-130 Porto
Tel: 223 278 430
Email: info@ginemed.pt

> 10% de desconto sobre o valor base do tratamento de PMA;
> O desconto não se aplica às técnicas complementares de laboratório, ao Programa de Embriões Garantidos e ao Programa de Gravidez Garantida.

Farmácia Ferro

Rua João de Deus n.º 31-35
7000-534 Évora
Tel: 266 706 480
Email: farmaciaferro@gmail.com

Conheça os outros parceiros da APFertilidade [aqui](#).



Associação Portuguesa de
Fertilidade

www.apfertilidade.org