

# + Fertilidade Magazine

Ed.  
19

set.  
2025

Notícia

**Movimento**

+Fertilidade quer apoio à natalidade e família nas empresas

Apoio Psicológico

Quando o amor espera: sexualidade e intimidade em tempos de fertilidade

Testemunhos

Há histórias em que “Era uma vez...” não basta



F

# 04

Editorial

Pelo direito a constituir e cuidar da família

# 06

Notícias

# 16

Artigos

Abortos de repetição: o fosso entre a evidência científica e o luto  
Uma boa higiene de sono é importante para a fertilidade masculina? A ciência sugere que sim

# 22

Investigação

Anunciada primeira gravidez com ajuda de sistema de Inteligência Artificial

# 24

Entrevista

“Falta de resposta” e “desinformação” entre principais reclamações que chegam à ERS

# 30

Apoio psicológico

Quando o amor espera: sexualidade e intimidade em tempos de fertilidade

# 32

Nutrição

Suplementos alimentares na infertilidade, será que funcionam? Serão seguros?

# 38

Testemunhos

Há histórias em que “Era uma vez...” não basta  
Um mundo completamente à parte

# 43

APF explica...

Dúvidas sobre direitos laborais em Procriação Medicamente Assistida (PMA)

# 46

Protocolos

# Pelo direito a constituir e cuidar da família



Cláudia Vieira

Presidente da Associação Portuguesa de Fertilidade

**E**m 2024, o número médio de filhos por mulher era de 1,4, segundo os dados do Instituto Nacional de Estatísticas. Por sua vez, a taxa de natalidade, de 2023 para 2024, registava um decréscimo de 1.206 nascimentos, num total nacional de 84.788.

Os números são desencorajadores e ficam aquém do necessário para impedir a tendência de envelhecimento da população. A situação é preocupante e o apoio à natalidade e fertilidade urgente, tal como a APFertilidade tem vindo a alertar, apelando à criação de políticas de apoio a quem quer ter e tem filhos. De forma pró-ativa, a Associação considerou que um dos setores onde mudanças efetivas poderiam começar a ser registadas seria o laboral.

A estabilidade financeira e social e um ambiente laboral de apoio a quem quer constituir uma família, com ou sem recurso a tratamentos, estão entre os fatores principais que podem influenciar a decisão de ter filhos. Nesse sentido, porque não desafiar as empresas a desenvolverem medidas pró-família e fertilidade? A resposta chama-se [Movimento +Fertilidade](#) e foi oficialmente lançada, a 5 de junho, pela Associação, Sociedade Portuguesa de Medicina de Reprodução e Ordem dos Médicos, com o apoio da Merck Portugal.

O Movimento pretende ser impulsionador de medidas inclusivas e equitativas que contribuam para que os colaboradores possam assumir as suas responsabilidades laborais sem comprometer a constituição da sua família e o acompanhamento à mesma, de acordo com os direitos previstos na Constituição e legislação em vigor. Nesta edição da revista vai poder ficar a saber mais sobre esta iniciativa.

Além do direito a constituir família, a +Fertilidade Magazine dá destaque aos direitos dos utentes nas unidades de saúde públicas e privadas, com uma entrevista que explica o papel que a Entidade Reguladora da Saúde pode ter para analisar e garantir esses direitos e como podem e devem ser reivindicados. Falamos ainda de direitos laborais na rubrica “APF Explica”, dedicada ao que o Código do Trabalho prevê para quem tem que recorrer à Procriação Medicamente Assistida e justificar ausências junto da entidade patronal.

A porta mantém-se aberta para outras questões e necessidades de apoio, através do email [geral@apfertilidade.org](mailto:geral@apfertilidade.org) ou contacto telefónico 966 141 251.

“Além do direito a constituir família, a +Fertilidade Magazine dá destaque aos direitos dos utentes nas unidades de saúde públicas e privadas”

# Movimento +Fertilidade quer apoio à natalidade e família nas empresas

Chama-se [Movimento +Fertilidade](#) e quer que as empresas em Portugal desenvolvam e implementem políticas de apoio à fertilidade e à parentalidade, perante a realidade nacional de uma taxa de natalidade reduzida e preocupante, muitas vezes condicionada pela ausência de medidas que ajudem a conciliar trabalho e constituir família.

Lançado pela Associação Portuguesa de Fertilidade, Sociedade Portuguesa de Medicina de Reprodução (SPMR) e Ordem dos Médicos, com o apoio da Merck Portugal, no dia 5 de junho, no CCB, em Lisboa, o Movimento desafia as empresas a colocarem em prática políticas que ajudem a inverter a tendência a que se tem vindo a assistir do declínio da taxa de natalidade e aumentem a sustentabilidade demográfica do país. O caminho passa por aplicar internamente um grupo de ações que assistam os trabalhadores no seu direito a constituir uma família, incluindo quando é necessário recorrer a tratamentos de fertilidade para o conseguir.

Para que esse apoio exista e seja posto em prática as empresas são desafiadas a criar um ecossistema empresarial que apoie a fertilidade e a parentalidade, a combater a discriminação no ambiente laboral, a aumentar a literacia na área e a promover políticas inclusivas e práticas laborais justas, com ligação entre sectores público e privado.

No arranque do Movimento +Fertilidade, a iniciativa já tinha recebido o apoio de 20 empresas, um número que tem vindo a aumentar. Estas entidades, tal como as restantes a nível nacional, podem agora candidatar-se à atribuição do selo do Movimento, uma distinção que pretende certificar as empresas que apliquem políticas destinadas aos colaboradores na construção da sua família. Para que sejam avaliados os benefícios das suas políticas de apoio à natalidade e fertilidade, vai ser criado um regulamento e constituído um júri. Mediante os resultados comprovados, irá ser atribuído o selo do Movimento +Fertilidade a cada empresa.

**“Portugal tem um desafio muito grande pela frente”**



Cláudia Vieira representou a Associação no lançamento da iniciativa Crédito: Estúdio P

Dados do Instituto Nacional de Estatísticas indicam que, em 2024, o número médio de filhos por mulher em idade fértil não foi além de 1,4, um valor abaixo do necessário para garantir a reposição populacional (2,1) no país. A média pouco animadora pode explicar-se com a instabilidade financeira que caracteriza a população, a aposta numa carreira profissional ou a ausência de um companheiro ou companheira para constituir família. Este adiamento da decisão em ter filhos levanta outro problema. Com o avanço da idade da mulher, a sua capacidade reprodutiva diminui e a possibilidade de uma gravidez ocorrer naturalmente é cada vez menor, ficando dependente da ajuda de tratamentos de fertilidade para ser mãe.

“Temos de atuar em vários níveis: educação, literacia, do acesso aos tratamentos e ao diagnóstico ser igual em todo o país”

“Portugal tem um desafio muito grande pela frente. A renovação geracional não se verifica, porque as pessoas entendem que não têm condições para constituir a família que desejam. Quando chega o momento em que entendem que estão reunidas as condições, já é tarde demais”, afirmou a presidente da APFertilidade, Cláudia Vieira, citada pelo jornal Público, no evento de lançamento do Movimento.

Sublinhando igualmente a prioridade em combater a crise demográfica, o presidente da SPMR, Luís Vicente, considerou, por sua vez, que a resposta contra a infertilidade “tem de ser uma prioridade, tem de ser uma política nacional”. “Temos de atuar em vários níveis: educação, literacia, do acesso aos tratamentos e ao diagnóstico ser igual em todo o país”, reforçou. A responsável pela Divisão da Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil da Direção-Geral da Saúde, Dina Oliveira, acrescentou na sua intervenção que “não são medidas isoladas que podem resolver esta situação”. “Tem de ser uma abordagem integrada das políticas públicas e privadas e que envolva todos os sectores da sociedade”, concluiu, citada pelo jornal.

O Movimento +Fertilidade é acompanhado pelo Manifesto pela igualdade reprodutiva e um futuro sustentável (<https://movimentomaisfertilidade.pt/manifesto/>), que apresenta cinco prioridades essenciais dirigidas a todos os intervenientes no contexto social: reforçar a informação e educação sobre infertilidade, aumentar a sensibilização da população para a fertilidade e a saúde reprodutiva, promover uma sociedade sem discriminação e com locais de trabalho favoráveis à família e à fertilidade, melhorar o diagnóstico e o tratamento da infertilidade, assegurando que sejam acessíveis a todos de forma igualitária, equitativa, inclusiva, segura e atempada, e garantindo o acesso universal ao diagnóstico e às intervenções adequadas, e expandir o acesso e reforçar as políticas de apoio à fertilidade.

Veja alguns dos momentos do lançamento do Movimento +Fertilidade [aqui](#).



Além da APFertilidade e da SPMR, no lançamento do Movimento estiveram presentes várias entidades

Crédito: Estúdio P

# Tempo de espera para consulta e tratamentos diminuiu para metade no CIRMA

O tempo de espera para primeira consulta de apoio à fertilidade e para os tratamentos de 2ª linha caiu para metade no [Centro de Infertilidade e Reprodução Medicamente Assistida \(CIRMA\)](#) do Hospital Garcia de Orta, em Almada, após a criação, há um ano, do Centro de Responsabilidade Integrada de Fertilidade (CRI Fertilidade).

O centro público, um dos três a funcionar na zona da Grande Lisboa e Setúbal, além das unidades do Hospital de Santa Maria e Maternidade Alfredo da Costa, registou, desde a sua abertura, há 14 anos, o nascimento de 1.600 crianças com a ajuda de técnicas de Procriação Medicamente Assistida. À semelhança da maioria dos centros a funcionar no país, as listas de espera para consulta e tratamentos chegaram a níveis insustentáveis, uma situação que foi sendo invertida depois de a 1 de julho de 2024 ter sido criado o CRI Fertilidade.

De acordo com a diretora do serviço, Iris Bravo, em declarações à agência Lusa, o tempo de espera para a primeira consulta era, até à data, superior a um ano e os tratamentos realizados cerca de metade dos registados no primeiro semestre de 2025. “Quando criámos o CRI em julho éramos três elementos e, após a criação, consegui integrar duas médicas, com 40 horas, que me permitiram aumentar o número de primeiras consultas”, afirmou a responsável,

adiantando que está previsto reforçar a equipa médica com mais um elemento em 2026.

Dados da Unidade Local de Saúde Almada-Seixal revelam que nos primeiros seis meses deste ano, o CRI registou 1.040 primeiras consultas de fertilidade, mais do dobro das primeiras consultas realizadas no período homólogo de 2024. Iris Bravo salientou que esta melhoria acabou por impedir que mulheres próximas do limite de idade para realizar tratamento fossem excluídas da ajuda do Serviço Nacional de Saúde devido ao tempo de espera. “Neste momento, isso já não nos acontece”, acrescentou.

Também o tempo de espera diminuiu e o número de tratamentos de 2ª linha - Fertilização in vitro (FIV) e microinjeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI) - aumentou com a entrada em funcionamento do CRI. De acordo com a Unidade Local de Saúde Almada-Seixal, no primeiro semestre de 2024 tinham sido realizados 128 tratamentos, cerca de metade dos efetuados no mesmo período de 2025 (255). Por sua vez, o tempo de espera para estes tratamentos passou de 15 para seis meses.

# Associação preocupada com “diminuição do peso e da importância” da educação sexual

O Ministério da Educação anunciou, em julho, a revisão dos conteúdos relacionados com a educação sexual na disciplina de Cidadania e Desenvolvimento. As alterações suscitaram críticas e a preocupação de vários quadrantes da sociedade, como políticos, organizações e grupos sociais, incluindo a APFertilidade.

Em comunicado, divulgado no final de julho, Cláudia Vieira, presidente da Associação, sublinhou que a literacia em saúde sexual e reprodutiva “é essencial numa disciplina que visa formar cidadãos conscientes, críticos e capazes de proteger a sua saúde”, bem como “uma necessidade educativa”. “Ao integrá-la formalmente na disciplina de Cidadania, garantimos que todos os alunos recebem informação rigorosa, científica e adequada ao seu nível etário. Essa literacia é uma ferramenta preventiva poderosa”, reforçou.

A APFertilidade defende que a saúde sexual e reprodutiva é também sobre autoconhecimento, consentimento, prevenção de infeções sexualmente transmissíveis e autonomia reprodutiva. Cláudia Vieira acrescenta que “conhecer o próprio corpo desde cedo é fundamental para que crianças e adolescentes saibam identificar sinais de risco — como doenças, violência ou disfunções —, permitindo a intervenção atempada e a prevenção de problemas futuros”.

Considerando que a disciplina de Cidadania e os alunos não podem ser usados como “arma política” e que o “Ministério da Educação deve seguir a evidência científica em vigor”, a responsável deixou um apelo ao “bom senso do Governo e do Ministro da Educação para a reposição da verdadeira importância destes conteúdos”.

# 77% dos jovens querem debate público sobre a preservação da fertilidade

Sete em cada dez jovens consideram que o acesso à preservação da fertilidade numa idade mais precoce poderia ajudar a uma decisão sobre se e quando querem ter filhos. No sentido de sensibilizar para esta possibilidade e responder ao estigma que ainda envolve o tema infertilidade, 77% defendem mesmo que estas questões deveriam ser submetidas a um debate público.

Estas foram algumas das conclusões a que chegou recentemente o Barómetro FutURe, um inquérito desenvolvido ao longo dos últimos quatro anos junto de mais de 30 mil jovens europeus, entre os 21 e os 38 anos, em Portugal e outros 11 países, no sentido de reunir uma amostra representativa de Millennials e Geração Z.

O estudo, desenvolvido pela Merck, revelou que 30% dos jovens não querem ter filhos, uma decisão que justificam com a preocupação quanto à sua situação financeira, prioridades profissionais e pessoais e a assumida falta de informação sobre fertilidade e planeamento familiar.

Em relação à literacia em saúde reprodutiva, 33% dos inquiridos admitiram ter pouco conhecimento sobre o tema e menos de metade (49%) ter abordado questões sobre fertilidade ou criopreservação de espermatozoides ou óvulos com um profissional de saúde. Por sua vez, 80% dos jovens afirmou estarem informados sobre métodos de contraceção para prevenir uma gravidez ou doenças sexualmente transmissíveis.

O Barómetro FutURe pretende compreender as expectativas e preocupações dos jovens sobre o futuro da saúde, inovação, sustentabilidade e parentalidade na Europa.

# APFertilidade participa!

Desde a última edição da +Fertilidade Magazine, a Associação esteve presente em várias iniciativas nacionais e uma internacional, após convites lançados por profissionais de saúde e universidades de Medicina, que tiveram como tema em destaque a Procriação Medicamentada Assistida (PMA).

6 de março - Escola de Medicina da Universidade do Minho: A presidente da Associação, Cláudia Vieira, participou no Curso de Avaliação e Orientação do Casal Infértil, uma iniciativa que pretendeu capacitar médicos internos e especialistas de Ginecologia-Obstetrícia e Medicina Geral e Familiar com conhecimentos e competências necessários para uma melhor abordagem e orientação aos casais. Com a participação de vários especialistas da área da fertilidade, o curso teve uma abordagem prática de casos clínicos, numa coordenação pelos médicos especialistas em PMA Rui Miguelote e João Silva Carvalho.



**19 de maio** - Escola de Medicina da Universidade do Minho: A Associação esteve no curso “Medicina da Reprodução e seus dilemas clínicos. Técnicos, éticos e sociais”, inserido na Unidade Curricular do 2º ano “Percurso Complementares em Medicina”, para integrar um painel dedicado à história das técnicas de PMA em Portugal, aos seus desafios técnicos e barreiras sociais. Além da diretora executiva da APFertilidade, Bárbara Miranda, participaram o Professor Catedrático de Genética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e especialista em PMA, Alberto Barros, e o médico especialista em Ginecologia e Obstetrícia e Medicina de Reprodução e professor da Escola de Medicina da Universidade do Minho, Rui Miguelote. O objetivo foi desafiar os alunos a uma reflexão sobre a problemática dos diagnósticos clínicos, da medicina baseada na evidência, das questões éticas, técnicas e sociais que a prática da medicina levanta.

**30 de maio** - Escola Superior de Saúde de Santa Maria: Presença no VI Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar para o qual foi convidada pela presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar, Maria Henriqueta Figueiredo. Bárbara Miranda integrou o painel de conferências dedicado à Reprodução Medicamentosa Assistida, que contou ainda como palestrantes com Patrícia Sousa, enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária, e Marco Aurélio Constantino, advogado. O evento teve como propósito capacitar os profissionais de saúde com conhecimentos e competências essenciais para a prática clínica e a investigação, promovendo os cuidados de enfermagem de saúde familiar.

**13 de junho** - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS) da Universidade do Porto: A presidente da APFertilidade foi convidada como palestrante para a aula da Unidade Curricular Opcional Medicina da Reprodução, do 2º ano do Mestrado Integrado em Medicina do ICBAS, pelo Professor Catedrático do Instituto e regente da Unidade Curricular, Mário Sousa. Aos alunos Cláudia Vieira levou a visão da infertilidade pelos casais inférteis, focando a sua apresentação na realidade que existe no apoio à fertilidade no Serviço Nacional de Saúde e no setor privado, nas condicionantes que afetam o acesso aos tratamentos, a evolução dos cuidados prestados em PMA e a importância de tornar

a relação entre médicos e pacientes num diálogo de confiança, esclarecimento e empatia.

**27 de junho** - Universidade de Aveiro: A diretora executiva da Associação foi membro do júri que avaliou projetos criados por alunos do programa doutoral de Biologia, no âmbito do curso avançado “Environment and Reproductive Health: Global Insights in Assisted Reproduction”. Bárbara Miranda esteve ao lado de Margarida Silvestre, médica especialista em ginecologia e obstetrícia e professora na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, e de Ana Sousa Ramos, embriologista, para darem as suas perspetivas clínicas, embriológicas e centradas no doente às propostas apresentadas. Também Sandra Brás, vogal da Direção da APFertilidade, esteve na iniciativa. A responsável juntou-se a Alexandra Carvalho, embriologista no Serviço de Medicina da Reprodução da Unidade Local de Saúde de Coimbra, para falar da realidade do acompanhamento e tratamento de quem necessita de ajuda médica para ter filhos e os caminhos a seguir.

**29 de junho a 2 de julho** - O congresso anual da ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology) decorreu este ano em Paris, França, e a Associação esteve presente no encontro que reuniu especialistas, investigadores e profissionais de todo o mundo para discutir o presente e o futuro da saúde reprodutiva. Além do contacto com novas tecnologias e avanços científicos, houve a participação na reunião anual da Fertility Europe, organização que reúne as associações europeias de fertilidade, onde foi feita uma atualização sobre a situação da PMA em Portugal e noutros países. Outro dos pontos importantes do encontro foi a eleição de um novo Comité Executivo e debatida a possibilidade de se estabelecer um número máximo europeu para a doação de gâmetas.



A Associação esteve presente no congresso da ESHRE dedicado ao presente e futuro da saúde reprodutiva

# Abortos de repetição: o fosso entre a evidência científica e o luto



Cláudia Tomás

Ginecologista na Joaquim Chaves Saúde

A definição de abortos de repetição (AR) varia entre sociedades científicas, mas é geralmente aceite a ocorrência de pelo menos dois abortos antes das 24 semanas. Outras definições consideram três perdas antes da viabilidade fetal. Afetam cerca de 1-5% dos casais e a prevalência parece estar a crescer.

As causas incluem idade materna, disfunções endócrinas, anomalias uterinas e cromossómicas, trombofilias, infeções e patologia autoimune. Contudo, estas explicam apenas 50-60% dos casos; nos restantes, a causa é desconhecida. Globalmente, cerca de 11%, 2% e 0,7% das mulheres sofrem 1, 2 e 3 abortos, respetivamente.

A principal causa de aborto são as anomalias cromossómicas, nomeadamente as aneuploidias, presentes em mais de 50% dos abortos do 1º trimestre. A idade materna, refletindo o envelhecimento ovocitário, é o principal fator de risco, com aumento exponencial após os 40 anos. A idade paterna também pode aumentar o risco, embora de forma muito menos expressiva. Não existe intervenção conhecida que previna defeitos genéticos. No contexto de AR, pode recorrer-se à biópsia embrionária na Procriação Medicamente Assistida (PMA), embora esta não seja recomendada por rotina e necessite de maior validação.

A obesidade tem sido associada a piores outcomes reprodutivos, tanto em PMA como em gravidezes espontâneas. Como condição inflamatória crónica, pode contribuir para perdas gestacionais por mecanismos imunológicos e stress oxidativo. Os estudos são contraditórios, mas sugerem maior risco de aborto com IMC  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>. A otimização metabólica pré-concepcional, incluindo perda de peso gradual, melhora fertilidade e resultados obstétricos. No entanto, em mulheres com mais de 38 anos, o atraso para perder peso pode ser contraproducente, dada a diminuição progressiva da reserva ovárica.

As doenças autoimunes, por mecanismos imunológicos e placentários, também estão associadas a AR. Fatores ambientais (tabaco, álcool, poluentes, stress crónico e dieta pobre) contribuem negativamente para a implantação embrionária por meio de inflamação crónica, stress oxidativo e desequilíbrio hormonal.

No estudo dos AR, existe consenso quanto à avaliação de trombofilias adquiridas, cariótipos, ecografia 3D da cavidade uterina e função tiroideia. A avaliação de fatores imunológicos e da fragmentação do

DNA espermático não é ainda recomendada por rotina. Baixos níveis de vitamina D podem estar implicados na disfunção placentar, mas a sua prevalência nos AR e o impacto da suplementação são ainda incertos. Também a investigação da microbiota e o seu papel nos desfechos reprodutivos está em curso, com associação sugerida entre disbiose e AR, embora não só esta relação não é clara como se desconhece a estratégia ideal de abordagem.

Em termos terapêuticos, a aspirina e enoxaparina estão indicadas apenas na síndrome do anticorpo antifosfolipídico, sem benefício comprovado nos AR de causa inexplicada. Já a evidência moderada, apoiada pela guideline da NICE, sugere que a progesterona pode aumentar a taxa de recém-nascidos vivos em mulheres com perdas prévias, com perfil de segurança favorável, embora a sua eficácia não seja consensual. Os defeitos anatómicos como septos uterinos devem ser avaliados individualmente, miomas intracavitários ou pólipos, devem ser removidos na perspetiva de otimizar a cavidade uterina. Também do ponto de vista psicológico, é inegável que estes pacientes não recebem o apoio adequado. O impacto do aborto vai além do evento agudo, afetando a saúde mental e o relacionamento conjugal, pelo que deve ser tido em conta no seguimento clínico.

Apesar de tudo, o prognóstico é globalmente favorável: cerca de 75% das mulheres com AR terão uma gravidez bem-sucedida, e uma proporção significativa das mulheres com abortos inexplicáveis são mulheres saudáveis e sem patologia persistente, ainda que o prognóstico piore com a idade materna e com o número de abortos prévios.

De um modo geral, não há nenhuma conduta com relação causa-efeito direta que garanta um recém-nascido vivo. O tema dos AR continua a ser uma das blackbox da medicina da reprodução. No entanto, as condições básicas para a saúde de um modo geral, entre as quais, uma alimentação cuidada, exercício físico, suplementação, sono adequado, evicção de hábitos nocivos e cuidado da saúde mental, podem ser meio caminho andado para otimizar a qualidade dos gametas cujos embriões potencialmente mais saudáveis possam implantar num terreno biológico favorável.

# Uma boa higiene de sono é importante para a fertilidade masculina? A ciência sugere que sim



Sandra Amaral, Maria Inês Cristo, Ana Rita Álvaro e Catarina Carvalhas-Almeida  
Investigadoras do Centro de Inovação em Biomedicina e Biotecnologia, da Universidade de Coimbra

**D**ormir é um comportamento crucial e complexo regulado por dois processos: 1) a homeostase do sono, em que o hipotálamo (região do cérebro) gere os níveis de energia do corpo e dita quando devemos dormir ou estar acordados; e 2) os ritmos circadianos, ciclos de 24 horas modulados pelos chamados genes relógio e coordenados pelo núcleo supraquiasmático do hipotálamo. A interação entre estes processos assegura um sono reparador, em qualidade e quantidade, essencial para a saúde. Alterações nesta regulação resultam em distúrbios do sono, frequentemente ignorados, apesar do seu impacto profundo na saúde física e mental.

Entre os distúrbios mais comuns estão a insónia, apneia obstrutiva do sono, narcolepsia e síndrome das pernas inquietas. Embora distintos, partilham consequências, como a fadiga e maior risco de doenças crónicas.

Paralelamente, a infertilidade afeta cerca de 17,5% da população em idade reprodutiva, sendo que os fatores masculinos a contribuem para cerca de metade dos casos. Em muitos deles, a etiologia permanece desconhecida, a chamada infertilidade idiopática e inexplicada, que se distinguem essencialmente pelos resultados da análise seminal, anormal no tipo idiopático e normal no tipo inexplicado.

Considerando que a análise seminal é o pilar do diagnóstico de (in)fertilidade, levanta-se assim uma questão importante sobre o seu valor para fins de diagnóstico, evidenciando a clara necessidade de a melhorar, bem como de caracterizar melhor os homens inférteis, em particular, no que respeita a aspetos como a saúde mental e estilo de vida.

A qualidade do sono, embora pouco estudada no contexto da fertilidade masculina, influencia e é influenciada pelos níveis de hormonas reprodutivas (LH, FSH, testosterona), bem como a expressão dos genes envolvidos nas redes de sinalização associadas, cuja secreção segue um ritmo circadiano. Não deixa também de ser curioso constatar que várias alterações associadas aos distúrbios do sono, incluindo alterações na secreção de melatonina e cortisol, perturbações metabólicas, inflamação, e stresse oxidativo, são também conhecidos por afetar negativamente a espermatogénese e a qualidade seminal noutros contextos.

Ainda assim, a presença de distúrbios do sono é frequentemente negligenciada pelos homens que procuram uma avaliação de fertilidade e não é um fator avaliado rotineiramente, o que leva a que os mecanismos subjacentes a esta possível relação permaneçam em grande parte desconhecidos.

**“...presença de distúrbios do sono é frequentemente negligenciada pelos homens que procuram uma avaliação de fertilidade”**

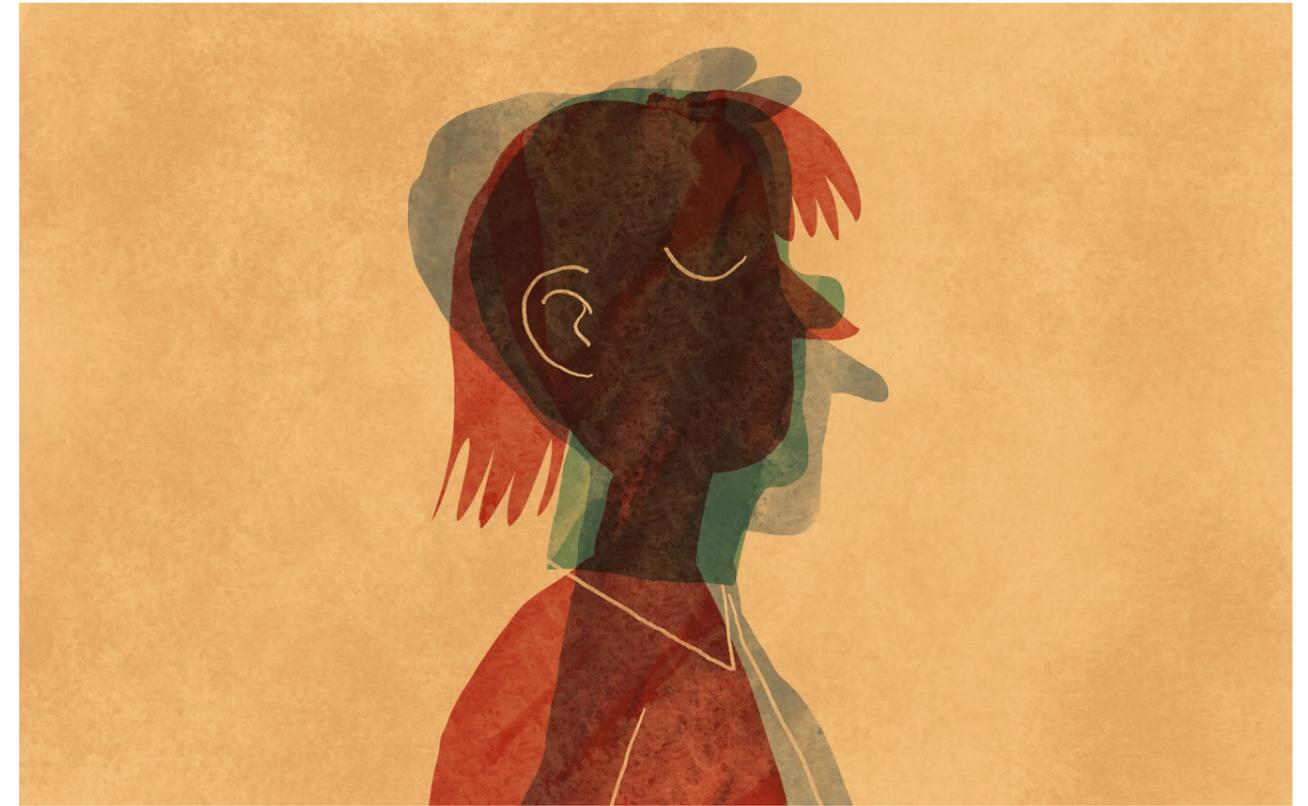
Na expectativa de perceber o que realmente se sabe sobre este assunto, fizemos recentemente uma revisão bibliográfica, publicada na revista *Sleep Medicine Reviews*, onde reunimos vários estudos que corroboram o importante papel do sono e dos ritmos circadianos na função reprodutiva, incluindo na regulação hormonal, na espermatogénese e na qualidade seminal. Estudos com trabalhadores por turnos, por exemplo, demonstram alterações hormonais e seminais significativas, sugerindo que a disfunção circadiana compromete a função reprodutiva.

Relativamente a outra grande preocupação na sociedade contemporânea — a prevalência da privação de sono — quer como consequência de jornadas de trabalho prolongadas ou devido a outros fatores que podem manter as pessoas acordadas muito para além do horário previsto para dormir (dependência de ecrãs, stresse, problemas de saúde mental, fatores ambientais), os estudos demonstram que os homens que dormem mal apresentam piores condições de saúde, como sintomas do trato urinário inferior, sintomas hipogonadais e baixos níveis de testosterona, tendo também sido descrita uma associação entre a privação de sono e a diminuição da qualidade seminal, diminuição da fecundabilidade e disfunção sexual.

Curiosamente, e apoiando a necessidade de uma melhor avaliação do homem infértil, um estudo constatou que homens com infertilidade idiopática apresentavam uma qualidade de sono inferior, comparativamente a homens normozospermicos (com uma análise seminal normal), sugerindo uma possível conexão entre má qualidade do sono e alterações seminais de origem idiopática, corroborando que uma melhor caracterização dos homens inférteis pode ajudar a revelar as causas ocultas subjacentes à infertilidade idiopática. Essa hipótese é ainda mais reforçada quando consideramos a conexão entre distúrbios do sono e infertilidade, ou seja, o papel de fatores de saúde mental (ansiedade, depressão, stresse) e mecanismos fisiopatológicos (por exemplo, ambiente oxidativo e inflamatório), que estão implicados em ambas as condições.

Adicionalmente, encontramos estudos que revelaram que alterações na expressão dos genes relógio estão relacionadas com infertilidade, seja através de efeitos nas hormonas gonadotróficas, na secreção de testosterona ou afetando o comportamento sexual masculino, abrindo caminho para estudos futuros que permitam clarificar o papel desses genes e o seu potencial uso como biomarcadores de infertilidade.

“... homens com infertilidade idiopática apresentavam uma qualidade de sono inferior”



Relativamente a distúrbios do sono específicos, a insónia é o mais prevalente a nível global (10 a 15% da população) e está associado a elevados níveis de stress psicológico, com impacto negativo também na fertilidade. No entanto, é surpreendentemente pouco estudada em relação à fertilidade.

Não obstante, os estudos existentes dão-nos indicação de que homens com insónia podem apresentar uma diminuição da libido, disfunção erétil e sexual, menor produção de testosterona e aumento do stresse oxidativo — todos fatores amplamente reconhecidos por comprometer a função reprodutiva.

Em suma, embora os estudos relativos ao impacto da qualidade do sono na fertilidade ainda sejam limitados e muitas vezes difíceis de reproduzir, devido a limitações em termos de desenho e abordagem experimental, a literatura científica atual sugere que os distúrbios do sono afetam negativamente a fertilidade masculina. Assim, destaca-se a necessidade de investir nesta área, especialmente num cenário de aumento simultâneo da infertilidade e da prevalência de distúrbios do sono.

Estudos futuros devem não só aperfeiçoar as ferramentas de diagnóstico da insónia, mas também esclarecer os mecanismos que ligam o sono e fertilidade masculina, como o papel do stress oxidativo, das alterações no ritmo circadiano e dos genes-relógio na espermatogénese e na homeostase hormonal. Além disso, é necessário investigar o impacto de intervenções específicas na qualidade do sono — como a terapia cognitivo-comportamental para insónia ou tratamentos direcionados com melatonina — sobre os parâmetros seminais e fertilidade. Em conjunto, estas abordagens podem fornecer novos dados que permitam melhorar a fertilidade masculina associada a distúrbios do sono.

# Anunciada primeira gravidez com ajuda de sistema de Inteligência Artificial

**D**iagnóstico de azoospermia, 15 fertilizações in vitro realizadas sem sucesso, quase 20 anos a sonhar em ter um filho. Várias consultas com especialistas, pesquisas, exames, tudo o que poderia ser à partida realizado para contornar a ausência de espermatozóides. A história é a de um casal norte-americano, mas poderia ser a de tantos outros casais, com uma probabilidade mínima de serem pais biológicos. Em março deste ano, uma combinação de tecnologia de Inteligência Artificial e de um sistema inspirado na pesquisa de planetas ou estrelas, algo que poderia ser considerado improvável, levou a uma gravidez, anunciou a Time Magazine num artigo divulgado em junho..

A azoospermia caracteriza-se pela ausência de espermatozóides no esperma ejaculado, sendo uma das causas de infertilidade masculina. Com este diagnóstico, as respostas resumem-se à extração cirúrgica de espermatozóides dos testículos, o que pode não ser bem-sucedido, à centrifugação de uma amostra de esperma, método demorado e com custos elevados, ao recurso à doação de gâmetas masculinos ou à adoção.

Uma amostra de esperma pode parecer normal, mas analisada por um microscópio pode revelar apenas detritos celulares, sem espermatozóides visíveis. E se estes existirem, mas não são detetados através dos métodos até aqui utilizados? Uma equipa do Centro de Fertilidade da Universidade de Columbia, nos Estados Unidos, tem-se dedicado a esta questão nos últimos anos e procurou uma forma para melhorar a identificação e recuperação de espermatozóides viáveis em homens com contagens de gâmetas muito baixas. O resultado foi o sistema STAR (Spermatozoid Tracking and Recovery), que permite o rastreio e recuperação de espermatozóides.

Inspirado em sistemas de tecnologia utilizados em Astrofísica, o STAR foi o resultado do trabalho conjunto de uma equipa formada por cientistas, médicos e especialistas em áreas como a robótica. Zev Williams, diretor do centro de fertilidade norte-americano, explica, numa nota divulgada no site da instituição, que a equipa decidiu utilizar amostras de esperma onde os embriologistas não conseguiram encontrar espermatozóides e recorrer a uma

tecnologia de imagem de alta potência para digitalizar toda uma amostra. A equipa conseguiu mais de 8 milhões de imagens em menos de uma hora, com a Inteligência Artificial a identificar espermatozóides. Numa das amostras que os embriologistas analisaram durante dois dias e não encontraram espermatozóides, o STAR encontrou 44 numa hora.

Para isolar os gâmetas foram utilizados sistemas microfluídicos, que conseguem processar quantidades muito pequenas de líquidos. Esses líquidos percorrem canais tão finos como um fio de cabelo através de um chip fluídico, e é nesse processo que é possível isolar a porção da amostra de esperma que contém o espermatozóide, sendo este recolhido roboticamente. “Comparo isso a encontrar uma agulha escondida em mil palheiros. Mas ele consegue fazê-lo em poucas horas — e com tanta delicadeza que o esperma que recuperamos pode ser usado para fecundar um óvulo”, partilhou o responsável à Time Magazine.

Este processo foi utilizado no casal que há quase duas décadas tentava ter filhos. Após a recolha de várias amostras de esperma e a descoberta de espermatozóides, através do sistema STAR, estes

foram criopreservados, ficando como reserva caso o processo a fresco não funcionasse. O ciclo de ovulação da mulher foi acompanhado para se proceder à punção. No dia em que foi feita, houve uma recolha de amostra de esperma, este foi passado pelo STAR, e os espermatozóides encontrados usados para fertilização in vitro. Zev Williams indicou à revista que duas horas após a recolha do esperma, confirmou-se que os óvulos tinham sido fertilizados com sucesso e estavam prontos para serem transferidos para útero da mulher alguns dias depois. A tentativa aconteceu em março deste ano. Quatro meses depois foi anunciado publicamente o resultado: a gravidez de um bebé com nascimento previsto para dezembro.

O responsável pelo Centro de Fertilidade da Universidade de Columbia acredita que a Inteligência Artificial pode vir a resolver outros problemas de fertilidade. “Há coisas a acontecer que não conseguimos ver agora. Mas, com a introdução da Inteligência Artificial, estamos a ver o que são essas coisas. O sonho é desenvolver tecnologias para que aqueles a quem dizem ‘não tens hipótese de ter um filho’ possam agora ter filhos saudáveis”.

“Numa das amostras que os embriologistas analisaram durante dois dias e não encontraram espermatozóides, o STAR encontrou 44 numa hora”

# “Falta de resposta” e “desinformação” entre principais reclamações que chegam à ERS



Miguel Carvalho

Técnico Superior de Regulação Especialista da Unidade de Gestão de Reclamações do Departamento do Utente da ERS

Falhas de informação sobre critérios de elegibilidade, atrasos nos procedimentos, qualidade nos atos clínicos ou dificuldades no acesso à Procriação Medicamente Assistida (PMA). Estas são algumas das reclamações que têm sido apresentadas por utentes junto da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), que, desde 2003, assume, de forma independente e autónoma, a regulação da atividade das unidades de cuidados de saúde público, privado, cooperativo e social.

Miguel Carvalho, Técnico Superior de Regulação Especialista da Unidade de Gestão de Reclamações do Departamento do Utente da ERS, explica, que entre as recomendações feitas está a melhoria da atuação interna dos centros e a adoção de uma “comunicação clara, compreensível e adaptada à condição clínica dos utentes”.

**+FM** Qual o papel da ERS junto das unidades de cuidados de saúde e de apoio aos utentes?

**MC** A ERS regula a atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, independentemente da sua natureza jurídica ou setor de atividade, seja público, privado, cooperativo e social. No âmbito da sua missão e atribuições, garante que os prestadores cumprem os requisitos legais de exercício da atividade, incluindo o licenciamento e o registo, o respeito pelos direitos relativos ao acesso e à prestação de cuidados de saúde com qualidade, segurança e dignidade bem como a defesa dos demais direitos dos utentes, como o direito à informação e o direito à reclamação. A ERS promove a legalidade e transparência das relações económicas no setor, tem competências específicas sobre a publicidade em saúde, e contribui para a literacia em direitos e na resolução de conflitos. Para tanto, a ERS dispõe de poderes de supervisão, emitindo alertas de supervisão, ordens, instruções, ou advertências aos prestadores de cuidados de saúde, por forma a que estes conformem a sua conduta ao quadro legal em vigor. Tem ainda o poder de fazer regulamentos em matérias relevantes para o setor regulado, bem como poderes de fiscalização, e sanciona os incumprimentos, aplicando coimas e eventuais sanções acessórias. Quanto à atividade concreta de defesa dos direitos dos utentes, a ERS aprecia as reclamações dos utentes dos serviços de saúde e promove ações de informação e capacitação, reforçando a literacia em direitos dos utentes. O objetivo é reduzir as assimetrias de informação existentes entre os agentes do sistema de saúde. Os utentes podem assim apresentar à ERS pedidos de informação, por escrito ou através da linha de apoio e contactos disponíveis no website, em [www.ers.pt](http://www.ers.pt), ou mesmo com atendimento presencial nas instalações da ERS, sempre que necessário. No âmbito do reforço da literacia em direitos dos utentes, dispomos, no nosso website, da publicação “[Direitos e Deveres dos Utes dos Serviços de Saúde](#)”, que já vai na sua 11.ª edição, desde que foi publicada, em 2021.

**+FM** Quando a atuação de um profissional de saúde ou de um centro de PMA é questionada pelo paciente, qual o procedimento a seguir junto da ERS?

**MC** Quando um utente, por qualquer razão, entenda que a prestação de cuidados de saúde a que foi sujeito não foi adequada ou ao encontro às suas expectativas, por parte de um profissional de saúde ou por um estabelecimento prestador de cuidados de saúde, nos quais se inserem os centros de PMA, pode apresentar uma reclamação. Para tal, os utentes poderão utilizar o Livro de Reclamações físico, disponível nos estabelecimentos, amarelo se do SNS, vermelho se privado, social ou cooperativo, bem como o utilizar o Livro de Reclamações eletrónico (tratando-se de estabelecimento prestador de cuidados de saúde privado, social ou cooperativo), ou reclamar diretamente junto da ERS, por via eletrónica através do formulário disponibilizado no [website](#) ou por via postal. Após a apresentação de uma reclamação, o prestador tem o dever de, no prazo de 10 dias úteis, apresentar resposta ao utente. No mesmo prazo, o prestador deve remeter à ERS o comprovativo de resposta enviada ao reclamante e as suas alegações à ERS, o que assim configura um processo completo. A ERS analisa formalmente as reclamações, verificando a conformidade da atuação dos prestadores com as suas obrigações de tramitação de reclamações, e materialmente, apreciando os factos relatados. Da análise de uma reclamação, e no exercício dos seus poderes de supervisão, a ERS pode emitir ordens, instruções ou alertas aos prestadores, no sentido da correção de práticas que não assegurem os direitos dos utentes. Se detetadas infrações, poderá instaurar processos sancionatórios. Portanto, a reclamação não só protege direitos individuais, como contribui para a atuação regulatória em escala, assegurando maior equidade e coerência no sistema de saúde. E é também por isso que valorizamos tanto as reclamações enquanto fonte de informação — não apenas para resolver um caso concreto, mas para melhorar o sistema.

**+FM** No caso da PMA existem números sobre as reclamações que têm sido? Que tipo de queixas são apresentadas?

**MC** Embora não haja, até à data, publicação de estatísticas segregadas exclusivamente sobre PMA, a ERS recebe e aprecia reclamações que incluem questões como falhas de informação sobre critérios de elegibilidade, ausência de consentimento informado, atrasos nos procedimentos, qualidade técnica dos atos clínicos e dificuldades no acesso a cuidados de saúde nesta área. Estas reclamações são analisadas quanto ao seu impacto nos direitos dos utentes e têm permitido à ERS emitir orientações e recomendações aos prestadores para melhoria e correção de procedimentos. Nos relatórios do [Sistema de Gestão de Reclamações](#), os temas frequentemente associados à PMA enquadram-se nas categorias de “acesso”, “informação clínica” e “qualidade técnica”.

**+FM** De que forma a ERS atua quando se conclui pela existência de negligência? Há deliberações vinculativas, aplicação de coimas? Quanto à PMA, têm sido muitos os casos que chegaram à medida sancionatória máxima?

**MC** A ERS dispõe, tal como já referido, de poderes de supervisão, fiscalização e sancionatórios. Quando deteta falhas graves, tratando-se de práticas que possam configurar negligência por parte de um profissional de saúde, a ERS encaminha o processo para as entidades que regulam a prática destes - as Ordens Profissionais ou outras -, e para o Ministério Público se existirem indícios de uma prática que possa configurar um ilícito criminal; tratando-se de práticas que indiciam o não cumprimento de procedimentos/protocolos, normas de orientação clínica ou não clínica, recomendações e circulares normativas ou mesmo requisitos técnicos, a ERS pode emitir ordens, realizar fiscalizações, instaurar processos de contraordenação e aplicar coimas. No domínio da PMA, a ERS identificou dificuldades no acesso por ausência de articulação entre unidades, falta de resposta aos pedidos e até desinformação transmitida às utentes. Perante estas dificuldades no acesso às técnicas de PMA, a ERS determinou a abertura de um processo de

monitorização para analisar o funcionamento dos prestadores, caracterizar a oferta pública e privada disponível e acompanhar a evolução da atividade. Este processo funciona como base informativa para análise transversal e para fundamentar, se necessário, nova intervenção regulatória. Durante este processo, foram emitidas instruções para garantir uma organização em rede, que assegure continuidade assistencial sem ruturas. Foi também recomendado que os procedimentos internos promovam uma comunicação clara, compreensível e adaptada à condição clínica dos utentes. A ERS sublinha a importância da capacitação dos profissionais e da partilha de boas práticas, contribuindo assim para um sistema de acesso mais justo, transparente e acolhedor. As [deliberações emitidas pela ERS](#) no âmbito da supervisão e a [publicação das sanções aplicadas](#) podem ser consultadas no website. A maioria das situações é resolvida através da correção de práticas e reforço de medidas internas. Casos que justificam aplicação de coima ou sanção acessória são residuais, mas a atuação regulatória é contínua e baseada numa lógica de prevenção e melhoria.

**+FM** Nas últimas Jornadas da ERS abordou-se o direito de acesso a cuidados de saúde com humanização na PMA. Que progressos têm sido feitos nesse sentido com base nos relatos e registos que chegam à Entidade?

**MC** A ERS tem dado crescente destaque à importância da humanização nos cuidados, enquanto indicador de qualidade dos cuidados. Esta é desde logo uma dimensão incorporada no Sistema de Classificação de prestadores de cuidados de saúde da ERS, um sistema de âmbito nacional de classificação dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde quanto à sua qualidade global, visando a promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Acresce a emissão do [Alerta de Supervisão n.º 3/2024](#), de 9 de abril, sobre o direito ao acompanhamento de pessoas com deficiência, em situação de dependência, com doença incurável em estado avançado ou em estado final de vida. O foco regulatório tem incidido ainda sobre áreas de elevada

## Entrevista

sensibilidade como Saúde Mental, a Interrupção Voluntária da Gravidez e a Procriação Medicamente Assistida, temas que foram objeto de partilha nas últimas “Jornadas Direitos e Deveres dos Utentes dos Serviços de Saúde” da ERS, a 4 e 5 de junho de 2025. A partir da análise das reclamações e pedidos de informação, têm sido identificados constrangimentos relacionados com o acesso à primeira consulta, deficiências de comunicação, ausência de escuta ativa dos utentes e famílias, e insuficiente clareza no processo de consentimento relacionados com o acesso a procedimentos de PMA. Para responder a esses desafios, a ERS tem vindo a promover a capacitação dos prestadores, através de sessões de esclarecimento presenciais e online, e formação em direitos dos utentes, disponíveis gratuitamente para toda a sociedade civil. Em simultâneo, nestes eventos, tem existido uma crescente preocupação em trazer para o debate representantes de associações de utentes, de ordens e associações de profissionais, da academia e dos prestadores de cuidados de saúde, por forma a densificar o entendimento sobre os cuidados de saúde humanizados. Adicionalmente, a ERS incentiva os prestadores a utilizarem as reclamações como instrumentos de melhoria contínua e a adotarem práticas mais centradas na experiência do utente, promovendo o respeito pela dignidade e autonomia das pessoas que recorrem às técnicas de PMA.

# Fórum + Fertilidade



Partilha de experiências, dúvidas e esclarecimentos, trocas de informação e apoio emocional. Um espaço de ajuda para os nossos associados.

Inscreva-se e participe:

<https://apfertilidade.org/procurar-ajuda/forum-fertilidade/>



# Quando o amor espera: sexualidade e intimidade em tempos de fertilidade



Mónica Subtil  
Psicóloga e Terapeuta sexual

**A** infertilidade é clinicamente definida como a incapacidade de conceber um filho ou de levar uma gravidez a termo após um ano de relações sexuais regulares e sem utilização de contraceptivos. Embora as taxas de incidência variem conforme as regiões, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de 1 em cada 6 pessoas em todo o mundo (aproximadamente 17,5%) enfrente infertilidade ao longo da vida [OMS, 2023].

Em Portugal, dados mais recentes apontam para uma prevalência de infertilidade que afeta cerca de 500 mil casais, o que corresponde a cerca de 15% dos casais em idade reprodutiva, ultrapassando os 9-10% referidos em estudos anteriores [HealthNews, 2025].

Mais do que uma condição médica, a infertilidade é um fenómeno com impacto profundo nas esferas emocional, relacional e sexual, exigindo acompanhamento integrado e sensível à vivência do casal.

A parentalidade é, para muitos, uma etapa central da realização pessoal. Ter filhos é frequentemente vivido como um objetivo de vida, e por isso, quando surgem dificuldades na conceção, a sexualidade do casal tende a transformar-se. O ato sexual passa a ter uma única função: a reprodução.

As relações tornam-se programadas, alinhadas com janelas de fertilidade e marcadas por orientações médicas. O que antes era espontâneo e carregado de desejo pode converter-se numa rotina funcional e desgastante. A intimidade, nestes contextos, corre o risco de se diluir sob o peso da obrigação e da frustração.

Receber um diagnóstico de infertilidade é, para a maioria dos casais, uma experiência inesperada e difícil de processar. As emoções variam entre medo, tristeza, culpa, frustração e desânimo. Os tratamentos médicos, por sua vez, trazem consigo um conjunto de exigências que aumentam o desgaste físico e psicológico.

Embora muitos casais consigam adaptar-se, outros enfrentam respostas emocionais persistentes, como ansiedade, depressão, alterações de sono e quebra da libido. Os papéis de género influenciam também esta vivência: as mulheres tendem a sentir maior responsabilidade e culpa, enquanto a infertilidade masculina está associada a maior risco de disfunção erétil e sintomas depressivos.

Tudo isto afeta a vivência sexual e o vínculo conjugal.

## “Quando a sexualidade passa a ter exclusivamente um fim reprodutivo, a relação pode sofrer”

Quando a sexualidade se torna alvo de vigilância, regras e frustração, perde-se a leveza e a liberdade do encontro íntimo. O desejo, sensível ao contexto emocional, tende a diminuir. E sem espaço para prazer, com a erosão da conexão emocional, o afastamento do casal torna-se mais frequentes.

Os tratamentos de reprodução medicamente assistida podem ser vividos com esperança, mas também com sobrecarga. Consultas regulares, exames, estimulação hormonal e relações sexuais agendadas tornam a sexualidade algo controlado externamente. Há quem sintam o corpo invadido ou medicalizado — e quem tenha dificuldade em manter a espontaneidade ou o prazer.

Quando a sexualidade passa a ter exclusivamente um fim reprodutivo, a relação pode sofrer: o desejo esmorece, a ligação emocional enfraquece e surgem conflitos ou distanciamentos.

E cuidar da sexualidade durante os tratamentos: é possível? Sim, e é fundamental. A sexualidade é uma dimensão vital da vida relacional e emocional. Cuidar dela durante os tratamentos ajuda a manter a união, a autoestima e a capacidade de enfrentar, juntos, os desafios.

Importante estarmos atentos à questão da intimidade sexual e criar uma conexão com o outro, como tal temos algumas sugestões práticas para preservar ou redescobrir a intimidade:

#### Recuperar o prazer sem foco reprodutivo

Nem todos os momentos íntimos precisam de culminar em relação sexual com penetração, e muito menos com a expectativa de engravidar. O toque, a masturbação mútua, o beijo demorado, o abraço nu, o carinho despretenhoso... tudo isto são formas de manter viva a ligação erótica e emocional. O prazer pode (e deve) existir mesmo fora do calendário fértil.

#### Brincar com a sedução

Mensagens picantes ao longo do dia, usar roupas sensuais, preparar um ambiente diferente em casa, partilhar fantasias... Pequenos gestos de sedução reforçam o desejo e ajudam a recuperar a sensação de serem amantes — não apenas parceiros num processo médico.

#### Criar momentos especiais a dois

Planeiem jantares românticos, escapadinhas ou noites temáticas. Um ambiente diferente, com música, velas, e tempo exclusivo para o casal pode reativar o desejo.

#### Variar horários e rotinas

A rotina pode ser um dos maiores inimigos do desejo. Explore novas formas de estarem juntos: uma escapadinha, um banho a dois, uma noite “sem tema” em que o foco é apenas estar presentes um para o outro. Evitem manter relações apenas à noite, quando estão exaustos. Experimentem diferentes momentos do dia, locais e formas de se relacionarem. A novidade alimenta o erotismo.

#### Libertar-se da culpa

Nem sempre há vontade — e isso é normal. Não forcem a intimidade. O desejo precisa de espaço, tempo e liberdade emocional para surgir.

Falar sobre o que sentem e desejam

“A comunicação sexual é tão importante quanto a comunicação emocional”



A comunicação sexual é tão importante quanto a comunicação emocional. Partilhem fantasias, inseguranças, desejos ou bloqueios com respeito e curiosidade. É importante que o casal fale abertamente sobre o impacto dos tratamentos na sua sexualidade. Partilhar sentimentos, inseguranças, desejos e até bloqueios é uma forma poderosa de se manterem conectados. O silêncio cria distância, a escuta aproxima.

#### Pedir ajuda, quando necessário

Se as dificuldades persistirem, procurem apoio especializado. A sexualidade, tal como qualquer outra dimensão da vida, pode precisar de ajuda especializada. Psicólogos, terapeutas sexuais ou de casal podem ser aliados valiosos na redescoberta do prazer e na superação de dificuldades que surgem neste contexto.

A infertilidade, apesar de desafiante, não precisa de significar o fim da sexualidade prazerosa e do vínculo erótico. A intimidade pode transformar-se — e tornar-se até mais rica e consciente.

Mesmo quando o foco está na gravidez, a relação entre os dois merece espaço, presença e cuidado. Porque é a solidez do casal que sustentará todo o percurso, independentemente do desfecho reprodutivo.

Cuidar da sexualidade durante este processo é uma necessidade afetiva e relacional. É, muitas vezes, o que mantém o amor vivo quando tudo o resto está em suspenso.

# Suplementos alimentares na infertilidade, será que funcionam? Serão seguros?



Eduarda Matos  
Nutricionista

A infertilidade está mais presente no nosso dia-a-dia do que imaginamos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que cerca de 1 em cada 6 pessoas em idade fértil já enfrentou dificuldades em engravidar. Este fenômeno é multifatorial e cerca de 30% dos casos têm origem em fatores masculinos, 30% em fatores femininos, 10% em fatores combinados e 10% não têm uma causa explicada.<sup>1</sup>

Perante este cenário, as soluções rápidas e milagrosas são uma verdadeira tentação e os suplementos são um bom exemplo disso.

Mas será que funcionam? Serão seguros?

A verdade é que, embora amplamente disponíveis, a sua utilização indiscriminada pode acarretar riscos à saúde, ter interações indesejadas com outros compostos e medicamentos<sup>2,3</sup> e ter o efeito oposto ao pretendido<sup>4</sup>. A recomendação é muito restrita e só deve ser efetuada após uma análise criteriosa de vários

fatores inerentes à saúde, medicação habitual e estado nutricional do indivíduo.

Embora muitos estudos científicos revelem resultados muito promissores nesta área, é necessária maior robustez científica para uma associação comprovada de causa-efeito de vários suplementos na promoção da fertilidade<sup>3,5,6,7</sup>. Sendo recomendado pela Direção Geral de Saúde (DGS) apenas a toma de ácido fólico e iodo (salvo casos específicos de patologias tiroideias) em mulheres que planeiam uma gravidez.<sup>8</sup>

A toma de outros suplementos, apenas deve ser iniciada após uma análise detalhada da história de cada um, dos seus hábitos alimentares e de estilo de vida, do seu estado de saúde, medicação habitual e estado nutricional. Défices nutricionais, podem estar associados a infertilidade, contudo, sobredosagens podem induzir toxicidade, stress oxidativo e inflamação e até conduzir a uma maior

**“Embora muitos estudos científicos revelem resultados muito promissores nesta área, é necessária maior robustez científica para uma associação comprovada de causa-efeito de vários suplementos na promoção da fertilidade”**

# “O corpo humano deve sempre ser visto individualmente como um todo. Potenciar a fertilidade passa também por favorecer o metabolismo, (...)”

exposição a disruptores endócrinos, como os metais pesados presentes em alguns suplementos de ômega-3. Desta forma, mesmo para suprir carências, revela-se indispensável o acompanhamento por um profissional de saúde, para uma recomendação segura com formas e doses personalizadas ao caso clínico de cada indivíduo.

Hoje sabemos que a fertilidade assenta em pilares básicos de saúde física e mental:

Saúde do aparelho reprodutor

Nutrição e alimentação

Exercício físico

Gestão de stress e qualidade do sono

Exposição a tóxicos e disruptores endócrinos

Sendo a intervenção multidisciplinar e individualizada uma abordagem fundamental para promover a fertilidade, um corpo saudável, com níveis hormonais equilibrados, metabolismo funcional e baixos níveis de inflamação, oferece condições mais favoráveis não só à concepção, mas também a uma gravidez mais saudável com as condições necessárias para um bom desenvolvimento fetal. 9

O corpo humano deve sempre ser visto individualmente como um todo. Potenciar a fertilidade passa também por favorecer o metabolismo, o eixo intestino-cérebro e o eixo hipotálamo-hipófise-gónadas, de forma funcional e harmoniosa, ou seja, de forma individualizada.

Além das terapêuticas médicas e farmacológicas necessárias, deve também ser privilegiada a mudança de hábitos e estilo de vida, com correção de défices nutricionais<sup>9</sup>, em detrimento da suplementação indiscriminada.

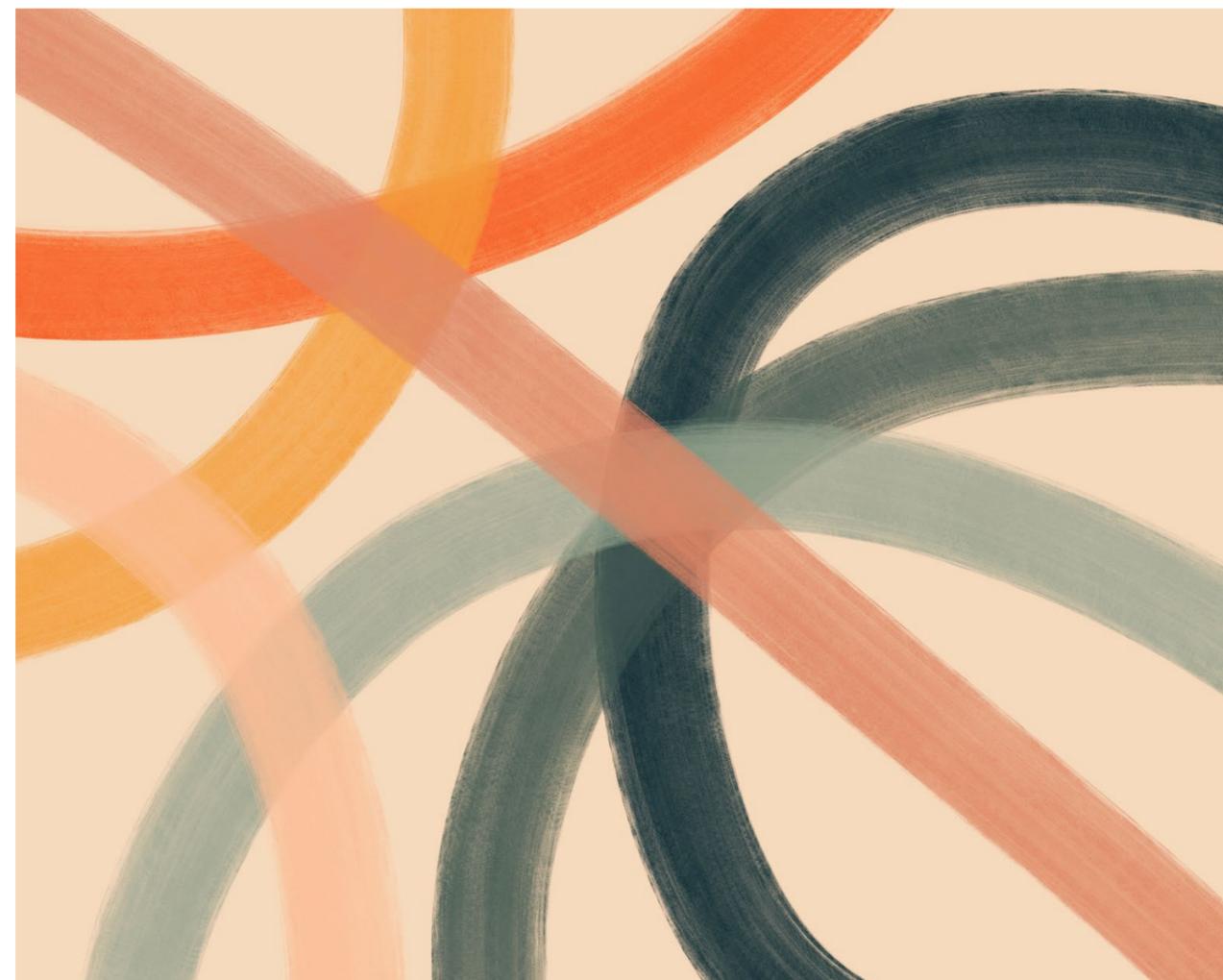
A jornada deve começar pela promoção da literacia nutricional com a ingestão das necessidades nutricionais através de uma alimentação equilibrada e variada, baseada nos padrões da dieta mediterrânica<sup>6,10,11</sup>:

Preferência por proteínas de carnes magras e de origem vegetal (leguminosas)

Rica em gorduras boas (azeite, peixes gordos, oleaginosas)

Rica frutas, vegetais e cereais integrais

Com produtos minimamente processados



Gosto pela cozinha e cozinhados simples  
Com refeições em ambientes socialmente acolhedores e com tempo

Pobre em açúcares e gorduras trans, ultraprocessados, bebidas alcoólicas, e outros potencialmente tóxicos.

A suplementação, pode ser um fator também crucial, mas deve ser uma estratégia suplementar para corrigir défices nutricionais comprovados por análises laboratoriais<sup>12</sup> e não a primeira linha de tratamento. Sem a aquisição de um padrão de vida saudável, com alimentação, exercício físico, gestão de stress e sono de qualidade, a suplementação pouco ou nada pode ajudar.

Não existe nenhum comprimido ou tratamento milagroso para a fertilidade. Existe sim ciência, prevenção, acompanhamento personalizado e promoção da saúde. A decisão de suplementar deve ser consciente, criteriosa e sempre recomendada e monitorizada por um profissional de saúde, sem descuidar a aquisição de hábitos alimentares e de estilo de vida saudáveis.

# Há histórias em que “Era uma vez...” não basta



Patrícia Sarmento

Era uma vez...  
Eram duas vezes...  
Eram três vezes...  
Foram muitas vezes, a somar tentativas de engravidar e a lidar com a frustração e a tristeza que surgia após cada uma mal-sucedida.  
Perdemos a conta ao número de tentativas, exames e tratamentos hormonais.

Quando iniciámos os tratamentos hormonais no privado, a nossa médica sugeriu inscrevermo-nos desde logo no Serviço Nacional de Saúde. Fintos 2 anos, como não nos chamaram, fizemos a primeira FIV no privado, ao abrigo do acordo com o SNS.

Lembro-me do dia exato: 14 de abril de 2014, faz precisamente hoje (dia em que escrevo este testemunho), 11 anos. Era também o dia de aniversário do meu irmão, por isso, só podia dar certo.

E deu! A primeira FIV foi certa e a dobrar. E os nossos sonhos também!

Eram gémeas! De zero, passávamos a duas, assim, num ápice!

Infelizmente, já no segundo trimestre, o sonho terminou, após um internamento muito duro, de duas semanas na Maternidade Alfredo da Costa, que culminou numa interrupção de gravidez.

Ainda assim, a Sofia e a Diana fazem parte da nossa família e ensinaram-nos o quão inesperada e abrupta a vida pode ser.

Perdi o emprego na mesma altura.

Olhando para trás, não sei o que nos deu força para continuar.

Mas continuámos.

A segunda FIV foi no SNS e não foi bem-sucedida.

Decidimos não esperar pelo SNS e recorremos ao privado para a terceira FIV. Foi nessa altura, em 2015, que uma amiga nos falou da Associação Portuguesa de Fertilidade. Tornámo-nos associados e beneficiámos de um precioso desconto no tratamento.

A médica que nos atendeu foi uma das muitas que passaram por nós na consulta de infertilidade do Hospital de Santa Maria e que nos recordou, de uma forma bastante direta, que a próxima FIV no SNS seria a nossa última hipótese. Nos primeiros minutos da consulta, enquanto ela falava, lembro-me de pensar se pedia uma segunda médica para nos acompanhar

neste processo. Acabei por decidir manter-me com ela, ao perceber que os resultados dos exames já realizados no SNS poderiam ser aproveitados, dispensando a realização de novos exames e mais tempo de espera.

A terceira FIV correu muito bem. Lembro-me da difícil decisão de transferir um ou dois embriões. O receio levou-me a optar por transferir apenas um e o meu marido apoiou-me nesta decisão.

A gravidez decorreu com muita ansiedade até à 23ª semana, data da interrupção da primeira gravidez. Tive novamente uma hemorragia no segundo trimestre, que me fez entrar no Hospital de Cascais num estado de pânico tal, que quebraram o protocolo e deixaram o meu marido entrar comigo numa área privada para grávidas. Felizmente, a hemorragia parou ao fim de uns dias.

A partir da 23ª semana, senti um alívio enorme e o final da gravidez foi vivido com muito maior otimismo.

Assim, no dia 14 de abril de 2016, no Hospital de Cascais, nasceu o Miguel!

Já me disseram que o nosso filho foi um presente do Universo. Não tenho qualquer dúvida em relação a isso!

Um presente feito com o nosso Amor e Persistência e com o inestimável contributo da Ciência e de todos os profissionais que se cruzaram connosco nesta jornada.

Hoje, o Miguel tem 9 anos e estamos todos de Parabéns!

Há histórias em que “Era uma vez...” não basta. Histórias mais longas do que o esperado. Essas, são as histórias que mais nos ensinam.

# Um mundo completamente à parte



P&amp;G

Uma viagem complicada, caminhos cheios de incertezas e cheios de espinhos e pedras que precisamos constantemente de retirar com cuidado.

Uma temática bastante complexa e profunda que precisa de ser mais trabalhada e falada nos nossos dias! Os nossos jovens não estão a par desta realidade.

Perceber a complexidade desta temática não é fácil. Nos dias de hoje achamos que ninguém tem ou passa por estas dificuldades.

Achávamos que isto seria bem mais fácil do que alguma vez imaginamos ou que havia muito menos casos de pessoas na mesma situação que nós! Desde o diagnóstico até ao processo, um mundo completamente à parte, de dor e caminhos tão íngremes de se fazer. Desde a parte financeira, onde não existe nenhum apoio ou o existente/inexistente tem filas de espera que não chegam a quase ninguém, e porque depois de certa idade, existe muito a ideia de que não se tem mais hipótese de ser mãe/pai. O Estado também não ajuda neste timing. Depois dos 42 já não tens hipóteses de requerer qualquer ajuda. Aliás, se quando o diagnóstico da infertilidade é realizado cedo as hipóteses são escassas, então com mais idade nem chegas a ser achado nem perdido em lado nenhum.

Não podíamos deixar de falar de outra coisa que consideramos importante e que consideramos um entrave a muitos casais. Os profissionais de saúde! Onde está a empatia, a perceção, a compreensão do paciente num todo? Por vezes somos tratados como meros números ou apenas como pessoas fora da norma para realizar este sonho. Quando nem conhecem a história por trás de cada um de nós.

A parte psicológica que te destrói/corrói e te mostra o teu pior lado é, também ela, uma componente sempre presente neste processo! Passar por tudo isto não é fácil!

Aos 43 anos de idade e passado um ano de tentativas, diagnóstico de infertilidade. Só por si a palavra já é sentida como um monstro! Como assim? Infertilidade? Não tenho ninguém na família com isto! Depois comesas a tentar perceber mais e descobres que afinal existe e por mais remoto que pudesse ser, calhou-te a ti! Está cá! Sabemos que o fator idade também não é favorável e está presente, mas não tem de obrigatoriamente ser um grande entrave, com a sua devida estimulação.

## “Achávamos que isto seria bem mais fácil do que alguma vez imaginamos ou que havia muito menos casos de pessoas na mesma situação que nós”

Bem, três opiniões médicas diferentes para me convencer (a mim, mulher) e consciencializar que realmente era verdade e aceitar!

Ida para clínica, primeira estimulação falhada... Segunda estimulação, com poucas melhorias, uma carga enorme a nível hormonal que deixas de te conhecer. Punção = 1 óvulo apenas, onde não houve posteriormente fecundação. Mais frustração... Sem falar da estimulação que é muito destrutiva fisicamente e psicologicamente.

E o casal? Como fica no meio disto tudo? Ou existe uma compreensão, empatia e respeito, ou então acaba por destruir também aquela conexão. E nesta fase não é fácil a compreensão, é importante conversar e expressar o que estamos a sentir. A maior frustração enquanto homem é ver o sofrimento da sua parceira, físico e psicológico, e não ter armas para aliviar essa dor, o que, aliado ao sofrimento interno que a incerteza deste processo provoca em nós, leva a momentos de tensão entre o casal que só mesmo o amor, a compreensão e a esperança façam com que a conexão que nos levou até aqui permaneça e se fortaleça.

Outra fase, aceitar que não pode ser com os teus próprios óvulos - recorrer à ovodoação - complexo, diferente e mais eficaz? Ou com mais hipóteses? Sempre com a palavra incerteza no meio para nos fazer sombra. Sempre com a incerteza a corroer o teu corpo e a tua mente!

Muita ansiedade, muitas lágrimas, baixa autoestima, falta de esperança, sentimento de injustiça e de falta de compreensão. Não te sentires compreendida por ninguém em diferentes fases que estamos a experienciar! Um turbilhão de sentimentos negativos difíceis de gerir!

Resultado: 8 óvulos! 3 fecundados!

No meio disto tudo passar também por duas cirurgias! Pólipos e miomas a dificultar o processo! Vários exames para ter a certeza que estava tudo bem com cada órgão do meu corpo.

Por fim, um embrião transferido... Passados 11 dias a notícia tão esperada: Estamos Grávidos! Sem palavras!

Neste momento estamos de 6 meses e muito felizes! Se voltávamos a realizar este processo difícil? Provavelmente sim! Quando queres muito concretizar um sonho vamos em frente! A persistência, a motivação, a insistência e a esperança são as palavras

de ordem. Assim como o casal nunca se deixar consumir por todas as frustrações e falhas. Apoiem-se um ao outro, por mais difícil que seja perceber o que cada um sente ao longo do processo, serão sempre o maior apoio um do outro.

Não podemos deixar de ressaltar algo que também nos inquietou! Casais que estão neste processo há 10 ou mais anos... Sei que é difícil parar, mas acredito que existam também outras opções, como por exemplo a adoção. Nós ainda temos o processo a decorrer, pois quisemos ter sempre uma segunda opção!

E se decidirem parar, não se culpem, façam-no com a consciência tranquila de que fizeram tudo ao vosso alcance, mas a natureza assim não quis. Procurem um no outro a felicidade que vos trouxe até ao início desta jornada e façam a vossa caminhada de mãos dadas, seguros de que a felicidade termina aqui.

# APFertilidade explica...



As dúvidas sobre direitos laborais em Procriação Medicamente Assistida (PMA) são frequentes, em muitas situações com uma leitura diferente pelos beneficiários e as entidades patronais. O Código do Trabalho tem referências diretas à PMA, mas é necessário analisar o que determinam vários artigos, que deliberam sobre direitos e deveres num contexto laboral generalizado.

A +Fertilidade Magazine colocou algumas das perguntas mais frequentes sobre este tema a Joana Pinto Coelho, advogada que desenvolve a sua atividade na área do direito do trabalho, para tentar esclarecer quem se prepara para realizar um tratamento de fertilidade ou está no processo.\*

**1. O Código do Trabalho determina no Artigo 46.º-A que o trabalhador tem direito a três dispensas do trabalho para consultas no âmbito de cada ciclo de tratamentos de PMA. Essas dispensas devem ser consideradas como três dias de trabalho completos ou como o período necessário para estar em consulta?**

A dispensa abrange o tempo necessário para estar em consulta (e deslocação até ao local da consulta). Se da realização da consulta resultar uma impossibilidade para o trabalho durante todo o dia, o médico deverá atestar esse facto, de modo que todo o período fique abrangido pela dispensa.

**2. O trabalhador referido no Artigo 46.º-A é apenas a mulher ou, em caso de uma consulta em contexto de casal, inclui o companheiro ou companheira que queira estar presente?**

O trabalhador referido no artigo é aquele que precisa de estar na consulta, por razões atinentes à procriação medicamente assistida.

**3. Ao serem esgotadas as três dispensas, como deve legalmente proceder o trabalhador para justificar a sua ausência no âmbito de um tratamento?**

Deverá recorrer ao disposto no artigo 249.º, número 2, alínea d) do Código do Trabalho, que indica: "São

consideradas faltas justificadas a motivada por impossibilidade de prestar trabalho devido a facto não imputável ao trabalhador, nomeadamente observância de prescrição médica no seguimento de recurso a técnica de procriação medicamente assistida, doença, acidente ou cumprimento de obrigação legal”.

#### 4. As três dispensas do trabalho determinam a perda de remuneração?

Nos termos do disposto no artigo 65.º, número 2, do Código do Trabalho, estas dispensas “não determinam a perda de quaisquer direitos e são consideradas como prestação efetiva de trabalho”, ou seja, são remuneradas.

#### 5. Quando utilizadas as três dispensas, as ausências que possam vir a ocorrer para prosseguir o tratamento (punção, transferência embrionária, realização de ecografias) determinam perda de vencimento, ainda que a falta seja justificada?

As faltas que sejam dadas porquanto a/o trabalhador/trabalhadora se encontra a observar “prescrição médica no seguimento de recurso a técnica de procriação medicamente assistida” são faltas justificadas remuneradas.

Esta resposta decorre da interpretação conjugada do disposto no artigo 249.º, número 2, alínea d), e no artigo 255.º, ambos do Código do Trabalho - as faltas que não são remuneradas são as faltas por motivo de doença, quando o trabalhador beneficia de um regime de segurança social de proteção na doença. No entanto, estas faltas não se confundem com motivo de doença, pois é o próprio legislador que, na alínea d) do número 2, do artigo 249.º do Código do Trabalho, autonomiza os dois conceitos, elencando como circunstâncias diferentes, que permitem a justificação das faltas, (i) a observância de prescrição médica no seguimento de recurso a técnica de procriação medicamente assistida (ii) a doença.

#### 6. Por vezes, após uma transferência, a mulher tem de ficar em repouso alguns dias, por vezes semanas. A apresentação de uma declaração médica é suficiente para justificar as faltas? Está prevista a perda de remuneração para estes casos?

A declaração médica será suficiente para justificar as ausências que ocorram nestas circunstâncias.

Esta circunstância deverá qualificar-se no disposto no artigo 249.º, número 2, alínea d) do Código do Trabalho: “observância de prescrição médica no seguimento de recurso a técnica de procriação medicamente assistida”, e neste caso as ausências corresponderão a faltas justificadas remuneradas.

#### 7. A baixa médica é a única resposta para ausências prolongadas? O pagamento pela Segurança Social é de 100% ou há uma redução do valor como previsto na generalidade das situações?

Em caso de ausências prolongadas que não se qualifiquem na previsão da “observância de prescrição médica no seguimento de recurso a técnica de procriação medicamente assistida”, a/o trabalhadora/trabalhador a solução com apoio financeiro passa pela emissão de Certificado de Incapacidade para o Trabalho (usualmente designada de baixa); nestes casos, se a/o trabalhadora/trabalhador cumprir os demais requisitos previstos na lei (nomeadamente, período de garantia), terá acesso a subsídio de doença, pago pela Segurança Social. O subsídio de doença corresponderá a uma percentagem da retribuição de referência da/do trabalhadora/trabalhador, que vai aumentando de acordo com o aumento do período de doença:

| Duração da doença | Recebe                           |
|-------------------|----------------------------------|
| Até 30 dias       | 55% da retribuição de referência |
| De 31 a 90 dias   | 60% da retribuição de referência |
| De 91 a 365 dias  | 70% da retribuição de referência |
| Mais de 365 dias  | 75% da retribuição de referência |

#### 8. Existe alguma determinação legal específica para os casos em que a mulher ou os casais que residem nos arquipélagos dos Açores e Madeira têm de se deslocar ao continente para a realização de tratamentos?

Não. As referências na lei a situações dos residentes nos arquipélagos dos Açores e Madeira são já no âmbito na gravidez e do parto.

Para as situações respeitantes a consultas ou observância de prescrição médica no seguimento de recurso a técnica de procriação medicamente assistida, a mulher e os casais que residem nos arquipélagos dos Açores e da Madeira vigoram as normas acima invocadas.

#### 9. Existem diferenças entre o que é determinado nesta matéria entre o setor privado e a Função Pública?

Não, o regime é o mesmo.

\* A presente comunicação tem efeito meramente informativo, não constituindo o seu conteúdo uma solução para resolução de situações concretas, nem o devido aconselhamento jurídico. O leitor deve procurar aconselhamento jurídico adequado para cada caso concreto.

Clínicas de Fertilidade

**Grupo Recoletas Salud (Espanha)**

Benefícios em tratamentos de fertilidade e preservação de ovócitos nas clínicas::

**Vida Medicina Reproductiva Burgos**

Centro Médico Recoletas Salud  
Virgen del Manzano - Calle Antonio Machado,  
9 Planta 1  
Burgos (09003), Espanha  
+34 900 060 163  
vida.international@gruporecoletas.com

**Vida Medicina Reproductiva Cantabria**

Avda. De los Condes s/n, clínica mompía, planta 1  
Santa Cruz de Bezana (39108), Espanha  
+34 900 060 163  
vida.international@gruporecoletas.com

**Vida Medicina Reproductiva León**

Calle Lope de Vega, 9  
León (24002), Espanha  
+34 900 060 163  
vida.international@gruporecoletas.com

**Vida Medicina Reproductiva Murcia**

Calle Periodista Encarna Sánchez, 26 (Esq. Avd. Juan de Borbón)  
Murcia (30007), Espanha  
+34 900 060 163  
vida.international@gruporecoletas.com

**Vida Medicina Reproductiva Pamplona**

Calle Isaac Albéniz 7 - Bajo  
Pamplona (31005), Espanha  
+34 900 060 163  
vida.international@gruporecoletas.com

**Vida Medicina Reproductiva Sevilla**

C. Américo Vespucio, 19  
Sevilla (41092), Espanha  
+34 900 060 163  
vida.international@gruporecoletas.com

**Vida Medicina Reproductiva Valladolid**

C. Acera de Recoletos, 12  
Valladolid (47004), Espanha  
+34 900 060 163  
vida.international@gruporecoletas.com

**Vida Medicina Reproductiva Zaragoza**

Calle María Moliner, 69-71  
Zaragoza (50007), Espanha  
+34 900 060 163  
vida.international@gruporecoletas.com

Farmácias

**Farmácia A5 Oeiras**

A5 Área de serviço de Oeiras km 9,5,  
sentido Lisboa - Cascais  
2700-200 Porto Salvo  
Telefone: 21 150 5476  
Email: falecomigo@shee.pt

**Farmácia Alcântara Terra**

R. das Fontainhas 4  
1300-256 Lisboa  
Telefone: 910 911 068  
Email: farmaciaalcantaraterra@shee.pt

**Farmácia Estácio**

Praça dos Restauradores, 16  
1250-187 Lisboa  
Telefone: 21 321 1390  
Email: farmacia.estacio.restauradores@gmail.com

**Farmácia Estácio Xabregas**

Rua Bispo de Cochim Dom Joseph Kureethara, 1  
1900-455 Lisboa  
Telefone: 938 658 894  
Email: farmacia.estacio.xabregas@gmail.com

**Farmácia Garantia**

Avenida Padre Manuel da Nóbrega, nº 5 A  
1000-222 Lisboa  
Telefone: 21 046 9924  
Email: farmaciagarantia@gmail.com

**Farmácia Ronil**

Rua Rodrigo da Fonseca, 153, 1070-242 Lisboa  
Telefone: 21 388 3438  
Email: farmaciaronil@gmail.com

**Farmácia Central da Amora**

Rua Movimento das Forças Armadas, 22B, 2845-380  
Amora  
Telefone: 21 225 7109  
Email: geral@farmiacentraldaamora.pt

**Farmácia Nova da Sobreda**

Rua Quinta do Gato Bravo, nº 19, 2810-352 Sobreda  
Telefone: 912 466 434  
Email: geral@farmacianovadasobreda.pt

Apoio Psicológico

**Clínica Digital Cátia Santos**

Rua das Amendoeiras, nº 10, 2º Dto  
2910-386 Setúbal  
914 981 198  
catiasantos.psiqperinatal@gmail.com  
Benefícios em:  
Consulta de Psiquiatria Perinatal  
Consulta de Nutrição Materno-Infantil, Fertilidade e Saúde da Mulher

Saúde e Bem-Estar

**SP Clinic Corpo & Mente**

Rua Pereira e Sousa 19-A  
1350-240 Lisboa  
Telefone: 210 993 179 / 917 917 404  
Email: geral@spclinic.pt  
Benefícios em:  
Estética facial e corporal GERnétic  
Massagens terapêuticas e de relaxamento  
Drenagem linfática manual  
Tratamentos pré e pós-operatório  
Medicina tradicional chinesa  
Acupuntura  
Fitoterapia  
Osteopatia  
Dietética

Mais informações sobre parcerias:  
[geral@apfertilidade.org](mailto:geral@apfertilidade.org)



Associação  
Portuguesa  
de Fertilidade



GEDEON RICHTER