

GRÍDIA

EDIÇÃO OUTUBRO 2021

Infertilidade masculina
Alterações hormonais ou genéticas e doenças como a varicocele são causas comuns da infertilidade masculina. **pág. 46**

Nutrição
Alimentação natural e orgânica, a mais variada possível, preserva a saúde reprodutiva de homens e mulheres. **pág. 28**

Fertilização in Vitro
A FIV dá aos casais inférteis motivos para acreditar que pode haver uma saída para o sonho de ter um filho. **pág. 32**

UMA REVISTA DO GRUPO



As novas fotografias da família brasileira

Muita gente vai se surpreender com a notícia, mas a família tradicional brasileira, formada por pai, mãe e filhos, já não é maioria nos lares do país.

pág. 22

Fazer dos sonhos a vida

Há mais de 26 anos o Grupo Huntington trabalha com o objetivo de oferecer ao paciente com problemas de infertilidade um tratamento que atenda a critérios internacionais de qualidade.

Para nós, cada paciente é único. Nossa equipe de mais de 350 colaboradores, sendo 180 profissionais especializados em reprodução assistida, é formada por médicos, embriologistas, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogas e nutricionistas altamente qualificados e prontos para entender o seu caso. Somos parte do Grupo Eugin, um dos líderes mundiais em reprodução assistida, presente em 9 países, com mais de 1.500 especialistas e cerca de 50 mil tratamentos realizados por ano.

NOSSAS UNIDADES

Unidade Ibirapuera

Av. República do Líbano, 529
Ibirapuera, São Paulo/SP

Unidade Vila Mariana

Rua Sena Madureira, 100
Vila Mariana, São Paulo/SP

Unidade Campinas

Av. José de Souza Campos
(Av. Norte Sul), 1.321, Ed. Dahruj
Campinas/SP

Centro de Reprodução Humana Santa Joana

Rua Doutor Eduardo Amaro, 152
8º andar, Paraíso, São Paulo/SP

Unidade Brasília

Edifício Vitrium Centro Médico Inteligente, SGAS
Quadra 614, Conj. C, Sala 229, Asa Sul, Brasília/DF

Huntington Pró-Criar Belo Horizonte

R. Bernardo Guimarães, 2.063
Lourdes, Belo Horizonte/MG



Acesse
nosso site





Informação e ciência

A EPIDEMIA DA COVID-19, que resultou em milhões de mortes no Brasil e no mundo, trouxe pelo menos um grande alento: lembrar as pessoas de que, quando estamos falando de saúde, informação confiável e ciência são remédios importantes, que podem preservar vidas e evitar sofrimento.

Ao completar 26 anos de operação no Brasil, a Huntington decidiu fortalecer a corrente daqueles que acreditam na relevância de difundir uma mensagem qualificada, fundamentada em conhecimento científico sólido, para melhorar o dia a dia de todos.

Por isso, está lançando a CRIA, uma revista que pretende auxiliar aos médicos – parceiros essenciais da reprodução assistida – e suas pacientes a entender melhor como as novas técnicas e tratamentos podem ajudar na realização do sonho da maternidade. Semestralmente, vamos trazer conteúdos sobre como esses procedimentos são realizados, quais são as suas principais indicações e possibilidades de sucesso.

Pretendemos reunir o que há de mais novo e eficaz sobre reprodução assistida, com espaço para alguns dos maiores especialistas do país e

abordar os problemas que interferem na capacidade reprodutiva da mulher e do homem. Na CRIA, será possível conhecer terapias e métodos de suporte aos tratamentos de infertilidade, além de ler sobre temas gerais relacionados ao bem-estar físico e mental, como nutrição, saúde emocional e outros. Isso porque a Huntington acredita que priorizar uma visão integrada da saúde é um dos pilares para transformar o desejo de ter um filho em realidade.

Tudo isso em uma linguagem acessível, que será facilmente absorvida por um público leigo. A intenção é evitar que casais com problemas de infertilidade prolonguem o sofrimento de tentar, sem sucesso, uma gravidez espontânea. Porque, como a ciência já comprovou, o relógio biológico humano é implacável.

Nós, Huntington e CRIA, esperamos que as páginas a seguir sejam úteis para leitores e médicos parceiros, porque defendemos que informação e ciência devem, sempre, estar a serviço da qualidade de vida de todas as pessoas.

Aproveite a leitura!



Dr. Eduardo Motta
Sócio-diretor
e fundador da
Huntington Medicina
Reprodutiva

SUMÁRIO

CAPA

As novas fotografias da família brasileira

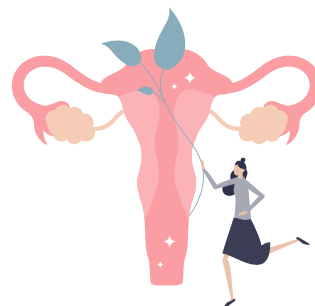
pág. 22



BIÓPSIA EMBRIONÁRIA

Teste genético no embrião? Sim, existe e é muito eficaz

pág. 14



CONGELAMENTO DE ÓVULOS

Uma nova fronteira para o empoderamento da mulher

pág. 42

MITOS E VERDADES

Você sabia?

pág. 06



SAÚDE DA MULHER

Cólica ou endometriose?

pág. 10



26 ANOS DE HUNTINGTON

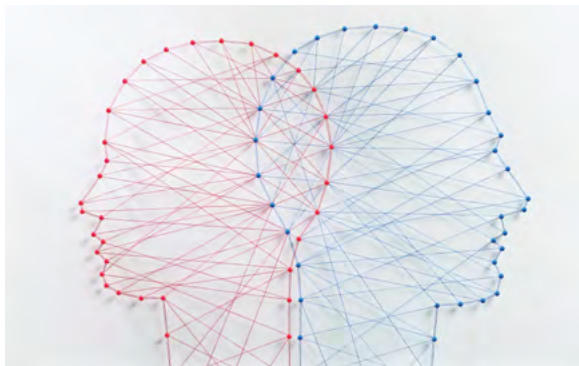
Transformando sonhos em realidade

pág. 16

ONCOFERTILIDADE

O sonho não acaba no diagnóstico de câncer

pág. 12

**SAÚDE EMOCIONAL**

Estresse e ansiedade: é o problema?

pág. 39

NUTRIÇÃO

O primeiro passo é comer bem

pág. 28

INFERTILIDADE MASCULINA

Quando o homem é o sexo frágil

pág. 46

**FERTILIZAÇÃO IN VITRO**

Quando a natureza precisa de ajuda para gerar a vida

pág. 32

**ENTREVISTA**

Sílvia Poppovic

pág. 36

REGRAS CFM

Novas regras do CFM para reprodução assistida

pág. 50

Expediente

A CRIA é uma publicação do Grupo Huntington, de distribuição gratuita e periodicidade semestral. Seu objetivo é ampliar a circulação de informações confiáveis sobre infertilidade humana e técnicas de reprodução assistida.

Caso você deseje receber mais exemplares, por favor faça contato através do email revista@huntington.com.br e teremos prazer em lhe enviar. Por favor, envie-nos também suas críticas e sugestões de temas que você gostaria de ver tratados na publicação.

Não é permitida a reprodução total ou parcial dos artigos e reportagens contidas na revista sem autorização expressa de seus editores e sem a citação da fonte.

CONSELHO EDITORIAL

Dr. João Pedro Junqueira Caetano – CRM 22.196
 Dra. Claudia Gomes Padilla – CRM 114.419
 Dra. Thais Domingues Cury – CRM 104.252

COORDENAÇÃO EDITORIAL

Lígia Porfírio – Gerente de Marketing do Grupo Huntington

APOIO EDITORIAL

Melina Gandra - Coordenadora de Marketing do Grupo Huntington
 Cristiane Viotto - Analista de Marketing Sênior do Grupo Huntington
 Jenniffer Paula - Gerente de Relacionamento da Pró-Criar
 Douglas Santos - Analista de Marketing Sênior da Pró-Criar
 Cristiane Ferreira - Assistente de Marketing

TEXTOS E EDIÇÃO

Silvana de Oliveira Santos
 MTB 4454/MG

PROJETO GRÁFICO

map Design e Digital
 e Estúdio Nono

REVISÃO

Mauro de Barros

Você SABIA?



1

ESTIMA-SE QUE, EM TODO O MUNDO, MAIS DE MEIO MILHÃO DE CRIANÇAS NASÇAM ATRAVÉS DE FERTILIZAÇÃO IN VITRO (FIV) A CADA ANO, segundo dados da Sociedade Europeia de Reprodução Humana (ESHRE). No continente europeu, a Espanha lidera o *ranking*, chegando a quase 120 mil tratamentos. Os Estados Unidos são recordistas em nascimentos por meio do procedimento, chegando a 77 mil de um total de 263 mil tratamentos realizados mundialmente em 2016. O Brasil ainda fica um pouco atrás, contabilizando cerca de 36 mil ao ano.

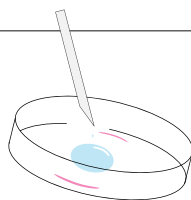


2

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a infecção por clamídia, uma Doença Sexualmente Transmissível (DST) muito comum, na maioria sem sintomas e considerada por muitas pessoas como uma doença sem gravidade, é responsável por aproximadamente 25% dos casos de infertilidade, sendo 15% nas mulheres e 10% nos homens. Várias DSTs podem levar à infertilidade. Para evitar a contaminação é importante usar camisinha nas relações sexuais e, caso não tenha feito, fazer exames para descartar o risco do contágio.

3

A região Sudeste é a campeã nacional no congelamento de embriões, concentrando 71% de todos os procedimentos realizados no país. Em seguida vêm o Nordeste e o Sul, empatados com 11%. E depois o Centro-Oeste, com 5%. Na região Norte são feitos apenas 1% dos congelamentos de embriões do país.



4

Embriões alterados são utilizados para pesquisa no Brasil.

Em 2019, segundo dados do 12º Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões, do Ministério da Saúde, 22 embriões congelados foram doados para pesquisas de células-tronco embrionárias. Conforme prevê a legislação, a doação só é permitida se os embriões forem inviáveis para o processo de reprodução assistida ou se estiverem congelados há mais de três anos, desde que haja o consentimento dos genitores. No ano anterior, foram apenas 18 embriões doados - número baixo, considerando que no mesmo ano foram congelados mais de 88 mil embriões.

5

As mulheres estão engravidando cada vez mais tarde.

De acordo com o IBGE, em 2019 mais de um terço das crianças brasileiras nasceram de mães com 30 anos ou mais. Nos últimos dez anos, o número de mulheres que têm filhos depois dos 35 anos cresceu 63%. E o número de mães adolescentes, que têm filhos antes dos 19 anos, caiu 23% no mesmo período. De acordo com o levantamento, entre 2008 e 2018, diminuiu o número de mulheres que tiveram filho com menos de 30 anos de idade, enquanto aumentou o daquelas que se tornaram mães após essa idade. Essa possibilidade de adiar a gravidez deve-se ao avanço de técnicas de congelamento de óvulos e embriões, assim como das técnicas de Fertilização in Vitro. Entretanto, as mulheres devem sempre considerar que para conservar uma boa perspectiva reprodutiva, o ideal é que os óvulos devem ser congelados quando a mulher ainda é jovem. De preferência até os 35 anos.



6

**Você sabe
a diferença entre
inseminação
artificial e
Fertilização
in Vitro?**

Nós explicamos. Na inseminação artificial os especialistas selecionam os melhores espermatozoides e fazem a sua introdução no útero materno, onde poderá ocorrer a fecundação natural. Já na Fertilização in Vitro os espermatozoides são inseridos nos óvulos dentro do laboratório. Cerca de cinco dias depois, o embrião formado é transferido para o útero.





Especialistas acreditam que os hábitos de vida modernos não são saudáveis, podem acarretar em uma geração de pessoas com mais problemas de fertilidade.

O sedentarismo, a alimentação baseada em comida industrializada, os altos níveis de estresse e maus hábitos de saúde, como o tabagismo, o consumo excessivo de álcool e drogas, são, comprovadamente, prejudiciais à saúde reprodutiva de homens e mulheres. Combinados, esses hábitos potencializam os danos à fertilidade.



8

OS TRATAMENTOS CONTRACEPTIVOS, DESDE QUE SEJAM FEITOS COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO, não afetam a possibilidade que uma mulher tem de engravidar, após a sua suspensão. A pílula anticoncepcional, por exemplo, pode atrasar, no máximo, seis meses a volta das ovulações, porém na maioria das vezes a ovulação ocorre já no primeiro mês de parada da pílula. O dispositivo intrauterino (DIU) também não provoca infertilidade e, já no primeiro ciclo menstrual, após a sua retirada, a mulher já poderá engravidar. Apesar disso, mulheres que usam o DIU devem ter atenção redobrada caso tenham alguma infecção genital. É que a presença do DIU pode facilitar a entrada de bactérias para o útero e as trompas, levando a problemas que aumentam o risco de infertilidade.



9

Você já ouviu falar de *bebê de proveta*?

A expressão ficou popular em 1978, quando o primeiro bebê gerado por Fertilização in Vitro veio ao mundo. A pequena Louise Brown nasceu na Inglaterra, e deu início a uma nova era na reprodução humana. A técnica foi desenvolvida pelo cientista Robert Geoffrey Edwards e pelo médico Patrick Steptoe, e consiste na retirada dos óvulos do corpo da mulher, após um período de estimulação ovariana, e do esperma do homem para que o óvulo seja fecundado em laboratório. Nesse ambiente controlado, os embriões são formados e depois transferidos para o útero, onde poderão se desenvolver.



10

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), de cada quatro casais que procuram tratamento para infertilidade, pelo menos um,

o problema de fertilidade está tanto no homem quanto na mulher. Em torno de 50% dos casais inférteis existe um fator masculino ou isolado ou em associação com um fator feminino. Entre as principais causas da infertilidade masculina estão as infecções nos testículos, seqüela de torção testicular, efeitos colaterais da quimioterapia e radioterapia, pós-operatório de cirurgia inguinal, varicocele e algumas DSTs.

Cólica ou endometriose? Não demore para descobrir

Sem tratamento adequado, a doença pode provocar problemas de infertilidade em até 50% das mulheres acometidas e tem na dor um dos principais sintomas

CÓLICAS ABDOMINAIS intensas, que pioram a cada menstruação, e presença de dor nas relações sexuais são alguns dos sintomas mais frequentes da endometriose, uma doença inflamatória que, segundo o Ministério da Saúde, acomete entre 10% e 15% das mulheres brasileiras em idade reprodutiva. A doença é particularmente preocupante em mulheres que sonham com a maternidade, já que entre 30% e 50% das pacientes acometidas correm o risco de ter problemas de infertilidade.

A estimativa é de que hoje cerca de seis milhões de brasileiras sofram com a endometriose, que também pode ser assintomática. Por isso, afirmam Michele Panzan e Fernanda Rodrigues, médicas especialistas do grupo Huntington, é tão importante visitar o ginecologista, desde a primeira menstruação.

“Nem todas as mulheres que têm cólicas terão endometriose. Mas se a cólica aparece de repente ou se a intensidade da dor aumenta a cada ciclo menstrual,





é provável que a doença esteja em curso”, diz a dra. Michele Panzan. Nesses casos é necessário tratar logo, se possível com apoio de uma clínica de reprodução assistida, uma vez que a endometriose torna mais difícil a gravidez e a ajuda de um especialista pode ser decisiva.

“Quando a doença é descoberta precocemente, a mulher tem tempo para tratar ou para recorrer ao congelamento de óvulos ou embriões, assegurando que, no futuro, possa conquistar o sonho de ser mãe”, adverte a dra. Michele Panzan.

O que é endometriose?

A endometriose é uma lesão benigna, que se caracteriza pelo crescimento indevido do endométrio – tecido que reveste as paredes internas do útero – fora da cavidade uterina. A formação desse tecido ectópico pode ocorrer em toda a região pélvica, podendo acometer os ovários, a bexiga, o reto e o intestino. E da mesma forma que, dentro do útero, o endométrio todo mês fica mais espesso, à espera de uma eventual gravidez, fora do útero ocorre o mesmo, gerando sangramentos atípicos, dores e inflamações.

Não há causas estabelecidas para a endometriose. Sabe-se, contudo, que aspectos genéticos estão envolvidos. “Se alguém da família tem, convém investigar. Se uma filha de uma mãe que teve a doença começa a sentir cólicas intensas, é possível que seja endometriose”, reforça a dra. Michele Panzan.

A endometriose também já foi associada à menstruação retrógrada – quando parte do sangue menstrual, que deveria ser expelido pela vagina, vaza em direção às cavidades do abdômen, podendo acometer gravemente as trompas e os ovários.

Como é feito o diagnóstico

O diagnóstico da endometriose nem sempre é simples, já que muitas mulheres são assintomáticas. Além disso, podem-se confundir cólicas menstruais normais com as dores intensas da inflamação do endométrio. Ao relatar o problema ao ginecologista, ele deve pedir uma ultrassonografia endovaginal (com preparo) para confirmar o diagnóstico. Pode ser feita também a dosagem de marcadores hormonais ou uma ressonância magnética.

Tratamento da endometriose

“O tratamento precisa ser individualizado, porque vai depender muito da fase da vida em que essa mulher se encontra, da gravidade da doença e de haver ou não o desejo de ser mãe”, explica a dra. Fernanda Rodrigues.

Se a mulher não está planejando engravidar, o tratamento de primeira escolha é fazer o bloqueio da menstruação, por meio do uso ininterrupto de anticoncepcionais. Também pode ser feito um bloqueio da hipófise. Quando a mulher já planeja ter filhos, a solução é fazer uma laparoscopia – procedimento cirúrgico por meio do qual se retira o tecido endometrial da cavidade abdominal.

O diagnóstico precoce faz muita diferença, inclusive na escolha da conduta a ser adotada, especialmente quando se pensa no prognóstico reprodutivo. E o tratamento pode ir mudando ao longo do tempo. “Com uma menina de 14 anos, a conduta será uma, com uma mulher de 37, será outra. Mas sempre será importante consultar um especialista em reprodução assistida para tomar a melhor decisão”, finaliza a dra. Fernanda Rodrigues. •

SINTOMAS

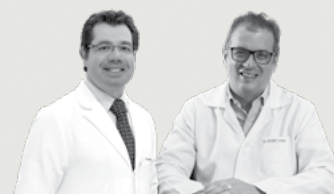
- **Dismenorreia (cólica) intensa no período menstrual.**
- **Dor nas relações sexuais ou na região pélvica.**
- **Sangramento vaginal intenso e irregular.**
- **Infecções intestinais e cistite recorrentes.**
- **Dificuldade para engravidar.**
- **Infertilidade (casos graves).**
- **Dor e sangramento ao evacuar e urinar.**
- **Cistos ovarianos ou na pélvis.**

FATORES DE RISCO

- **Obesidade.**
- **Estresse emocional.**
- **Hereditariedade.**
- **Desequilíbrio hormonal.**

O sonho não acaba no diagnóstico de câncer

Pacientes que vão iniciar o tratamento contra o câncer devem, antes, pensar em preservar a fertilidade



Contribuíram: **dr. Maurício Chehin** e **dr. Ricardo Marinho**

NOS PRÓXIMOS DEZ ANOS, o Brasil pode ter um aumento de 42% nos casos de câncer. A estimativa faz parte de um estudo da The Economist Intelligence Unit (EIU) divulgado recentemente pela Sociedade Brasileira de Oncologia (SBOC). De acordo com o estudo, o envelhecimento da população brasileira vai naturalmente levar ao aumento da incidência de câncer e isso é inevitável. Muitos casos de câncer, entretanto, serão diagnosticados em pacientes jovens, que ainda nem pensaram em constituir uma família. Mas um grande número de pacientes poderá ter um bom prognóstico, desde que o diagnóstico seja feito de forma precoce.

Um exemplo é o câncer de mama, o mais incidente entre as mulheres brasileiras. Quando descoberto no estágio inicial, a

chance de sobrevivência pode ser superior a 80%. Alguns especialistas no tema já avaliam que, em futuro próximo, pelo menos um em cada 250 adultos será sobrevivente de tratamentos de câncer, uma vez que a radioterapia, a quimioterapia, as cirurgias oncológicas e as modernas terapias baseadas na individualização poderão assegurar a sobrevivência de até 90% dos pacientes diagnosticados precocemente.

Entretanto, vários protocolos de tratamento do câncer podem levar à infertilidade. E, quando pensamos na questão da fertilidade, o diagnóstico precoce é importante, porque dá ao paciente tempo para preservar óvulos e espermatozoides, possibilitando, após o encerramento do tratamento oncológico, uma gravidez por meio das técnicas de reprodução assistida.

O dr. Maurício Chehin, especialista em reprodução assistida da Huntington em São Paulo, explica que o tratamento oncológico pode afetar a capacidade reprodutiva temporariamente ou até mesmo resultar na infertilidade definitiva. No caso de um câncer de órgãos reprodutivos, por exemplo, a remoção dos órgãos pode ser necessária, levando à infertilidade definitiva.

Noutros casos, a infertilidade pode ser provocada por ação de drogas citotóxicas nos ovários, levando à deterioração da reserva ovariana, menopausa precoce, entre outros problemas relacionados à fertilidade. Nos homens, o tratamento oncológico pode interferir na produção de espermatozoides e na secreção de testosterona.



1 em cada 250 adultos

vai sobreviver ao câncer e poderá, ao fim do tratamento oncológico, pensar em ter filhos. Para isso, é preciso se antecipar e congelar óvulos e espermatozoides, preservando a fertilidade.

Por isso, é muito importante que os pacientes conversem sobre o seu futuro reprodutivo com o oncologista e com um especialista em reprodução assistida, antes de iniciar o tratamento contra o câncer. Especialmente quando o paciente ainda é jovem, tem um bom prognóstico de cura do câncer e tem o desejo manifesto de ter filhos. “O ideal é que haja uma abordagem multidisciplinar nesses casos. Obviamente que a prioridade é curar o paciente. É o oncologista quem deve autorizar o adiamento do início do tratamento, até que seja feita a preservação dos óvulos ou dos espermatozoides, para viabilizar a gravidez após a cura do câncer”, explica o dr. Maurício.

O dr. Ricardo Marinho, Especialista da Huntington Pró-Criar, de Belo Horizonte,

lembra que, no caso dos homens, o procedimento necessário para preservar a capacidade reprodutiva é bastante simples. Basta que o homem procure uma clínica de reprodução assistida, onde fará a coleta e congelamento do sêmen. Nas mulheres, é necessário fazer a estimulação ovariana, para que seja feita a coleta e o congelamento dos óvulos. Em geral, um ciclo leva em torno de 14 dias, mas é possível que seja necessário fazer mais de um ciclo, para que se tenha um bom número de óvulos congelados. Nos casos em que não haja tempo disponível, também é possível realizar o congelamento do tecido ovariano, liberando o paciente ao tratamento oncológico em dois a três dias.

Ainda hoje, a maior parte dos pacientes que recebem um diagnóstico de cân-

cer não pensa que um dia poderá estar curada e sonhando em constituir uma família com filhos. “Felizmente, a evolução nos tratamentos oncológicos fez com que o câncer deixasse de ser uma sentença de morte. Há muita possibilidade de vida depois do câncer. É cada vez mais importante que o oncologista faça essa discussão sobre a fertilidade futura, porque mais tarde ele certamente será cobrado por seus pacientes”, diz.

No caso de pacientes em que não foi possível congelar gametas antes do tratamento do câncer, é possível manter vivo o sonho de ter um filho. Nesse caso, pode-se tentar a gravidez a partir de material genético doado, de acordo com as normas éticas do Conselho Federal de Medicina. •

Teste genético no embrião? Sim, existe e é muito eficaz

Exame permite mapear riscos de síndromes cromossômicas e alterações gênicas

PERGUNTE A QUALQUER GESTANTE qual é o seu maior desejo em relação ao bebê que está para nascer e ela provavelmente dirá: que ele venha saudável. Nesse aspecto, as mães que engravidam com a ajuda da técnica de Fertilização in Vitro (FIV) levam uma vantagem sobre aquelas que concebem seus filhos naturalmente. É que a FIV permite a realização de uma biópsia antes que o embrião seja implantado no útero materno, minimizando, assim, as chances de alterações cromossômicas, como a síndrome de Down.

Todos os casais podem se beneficiar da biópsia embrionária, ou Teste Genético Pré-Implantacional (PGT), mas ela é especialmente indicada para casais com idade avançada (mulheres de mais de 38 anos) ou também para homens com alterações graves no sêmen, mais de 60 anos. Indica-se, ainda, quando um dos parceiros do casal tiver alterações cromossômicas avaliadas pelo exame do cariótipo – nome dado ao conjunto de 23 pares de cromossomos em uma célula.



É importante lembrar que, à medida que envelhecemos, aumentam as chances de gerar um embrião cromossomicamente alterado. Daí a importância de avaliar a qualidade genética do embrião quando o homem ou a mulher já estão mais velhos. Nas mulheres com até 35 anos, a chance de ter um filho com síndrome de Down, por exemplo, é de cerca de uma em 300 gestações. Nas mulheres com mais de 41 anos, a taxa de alteração cromossômica nos embriões supera os 70% (ou seja, sete entre dez mulheres submetidas à FIV).

A biópsia embrionária propicia uma maior chance de nascimento de bebê saudável, minimizando também o risco

de aborto após a transferência dos embriões para o útero.

Indica-se ainda a biópsia embrionária para aqueles casais egressos de famílias com doenças genéticas ou hereditárias, como a hemofilia, por exemplo. Pode-se, através desta técnica, interromper a perpetuação dessas doenças em uma família, travando a transmissão desses genes nas futuras gerações.

Os especialistas alertam, contudo, que mesmo os casais mais velhos não devem desanimar caso não obtenham embriões cromossomicamente normais. Nesses casos, ainda será possível tentar a gravidez a partir de óvulos doados. •



Contribuíram: **dra. Ana Luiza Nunes** e **dra. Thais Sanches Domingues Cury**

Como o teste é feito



PROCEDIMENTO
A biópsia é realizada entre o quinto e o sétimo dias de desenvolvimento do embrião, na fase de blastocisto. De cinco a dez células são retiradas após a realização de uma incisão a laser na região externa do embrião – células que vão originar a placenta –, aspirando o material a ser analisado em laboratório.

A técnica exige habilidade do embriologista, para evitar risco de afetar a massa celular interna do embrião – a porção interna do blastocisto origina o feto – e não prejudicar o futuro bebê. A partir daí, faz-se o screening genético pré-implantacional, ou seja, o rastreamento dos 23 pares de cromossomos do embrião.



ANÁLISE
Os resultados do exame passam pela avaliação do geneticista, que poderá, além de alterações cromossômicas, verificar doenças genéticas, como a anemia falciforme, doença de Gaucher e doenças graves e incompatíveis com a vida, como a mucopolissacaridose, caso seja identificado esse risco familiar.



INDICAÇÕES
A técnica está indicada para mulheres em idade materna avançada, casais em que um dos membros tenha cariótipo alterado, homens em idade paterna avançada e/ou alteração grave no espermograma, casais que já tiveram falhas em FIV, abortos de repetição ou história familiar de doenças genéticas.



TRANSFORMANDO SONHOS EM REALIDADE

Huntington chega aos 26 anos listada entre os maiores grupos de reprodução assistida do país, mantendo o forte compromisso com a inovação, com o conhecimento científico e com o acolhimento humanizado ao paciente



A história da reprodução assistida

O mistério que envolve a concepção de uma nova vida intriga a humanidade há séculos. Na famosa biblioteca de Alexandria e na Grécia Antiga, há registros de que o tema atraía o interesse dos antigos homens da ciência. Na Europa, soberanos como Henrique VIII, que tinha problemas de infertilidade, tentaram todos os truques para conseguir produzir herdeiros. E, de lá para cá, foram grandes os esforços científicos para tornar possível a concepção em seres inférteis.

EM 1995, quando a Huntington Medicina Reprodutiva foi inaugurada, a primeira gestação após injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), que revolucionou a reprodução assistida no mundo, não tinha completado três anos. Mas a paixão do dr. Eduardo L. A. Motta pela possibilidade de ajudar casais com problemas de fertilidade na realização do sonho de ter filhos já estava instalada. “Eu queria atuar em uma área da medicina de constante avanço científico, que me possibilitasse manter um raciocínio clínico, estar em contato direto com os pacientes e também manter a parte cirúrgica”, diz. A reprodução humana assistida oferecia essa possibilidade.

Ele acabara de retornar dos Estados Unidos, onde foi, à convite do dr. Paulo Serafini, fazer sua especialização em reprodução humana. “Eu tive um chefe muito estimulador no crescimento científico e profissional das pessoas, que é o professor Edmund Baracat. Ele vivia me incentivando a ir me aprimorar no exterior”, lembra.



1790

1878

1890

1940

1953

Primeiro relato de nascimento por inseminação artificial com sêmen de marido britânico.

Primeiro relato de tentativas de fertilização de ovos de mamíferos fora do corpo.

Primeiro relato de nascimento por inseminação artificial com sêmen doado nos EUA.

O biólogo francês Jean Rostand descobre que o esperma animal pode ser conservado a frio.

Nos EUA, tenta-se a primeira inseminação artificial com sêmen congelado.

Foi em um dos eventos promovidos pelo dr. Baracat, no efervescente ambiente da Escola Paulista de Medicina, que ele recebeu do dr. Paulo Serafini o convite que transformou sua vida e a vida de milhares de famílias brasileiras. O dr. Serafini já havia se radicado nos Estados Unidos há mais de dez anos. Lá, ele se especializou em reprodução humana e fundou a Huntington Reproductive Center, na Califórnia. "Ele veio ao Brasil dar aulas em um simpósio na Escola Paulista de Medicina e me convidou para ir estudar nos Estados Unidos. Foi tudo muito rápido e tive menos de um mês para preparar a mudança", lembra o médico.

Na Huntington Reproductive Center, já na época um dos maiores centros especializados em reprodução assistida dos EUA, o dr. Eduardo fez de tudo um pouco. "Eu criei uma amizade com todos os médicos, biólogos e enfermeiros, o que me permitiu vivenciar todas as etapas do

processo de reprodução assistida. Muitas vezes eu mesmo colhia sangue dos pacientes, ou preparava o sêmen dos homens para fazer procedimentos, ou fazia a dosagem de hormônios. Esse contato com vários tipos de conhecimento é o que me faz, hoje, acreditar na importância de manter não apenas um corpo clínico capacitado, mas toda uma equipe de suporte preparada para lidar com a complexidade que envolve um tratamento de reprodução assistida", diz o dr. Eduardo.

Naquela época, o dr. Serafini tinha aberto sua primeira clínica brasileira em Vitória, no Espírito Santo, em parceria com o dr. Jules White. Ainda nos EUA, ele e o dr. Eduardo vislumbraram a possibilidade de abrir uma clínica também na capital paulista. A fundação da Huntington em solo paulista coincide com a época em que a reprodução humana despontou, com muitos avanços em um período de tempo relativamente curto.



1959

PRIMEIRO SUCESSO de inseminação artificial em camundongos e coelhos, nos Estados Unidos; 1959 - primeiro sucesso em coelhos nos EUA.

1960

INÍCIO DA DÉCADA Introdução da laparoscopia na Grã-Bretanha e EUA; Steptoe foi pioneiro na aplicação da técnica de laparoscopia e, pelo final do ano de 1969, já executara mais de 1.300 procedimentos. A técnica se provou ideal, na época, para recuperar óvulos maduros, pois não havia ultrassom.



1968

PRIMEIRO ÓVULO Robert Edwards e Barry Bavis-ter fertilizam o primeiro óvulo. E formam um grupo para trabalhar com FIV.

1969

FINAL DA DÉCADA Pesquisadores utilizam o hormônio folículo estimulante - FSH para aumentar a produção de óvulos em pacientes humanas, com possíveis problemas citogenéticos.

1975

EM 1971, Edwards, em colaboração com Steptoe, tenta implantar embriões em mulheres, sem sucesso; 1975 - a dupla Edwards e Steptoe consegue a primeira gravidez, mas ela é tubária.

Hebe Liberatti, gerente administrativa da Huntington, lembra bem desse período. “Nós montamos toda a estrutura da clínica em cerca de seis meses. Me lembro que algumas características da Huntington nasceram já naquela época. Essa veia científica e esse compromisso de trabalhar com as mais modernas tecnologias vêm dessa época. Os cursos de capacitação e aprimoramento para toda a equipe, por exemplo, começaram lá no início, quando a primeira clínica foi montada”, diz.

O dr. Eduardo Motta acredita que foi esse compromisso que ajudou a consolidar a posição da Huntington no ecossistema brasileiro de reprodução assistida. “Nossa dedicação à ciência e aos casais inférteis nos permitiu conquistar uma posição de destaque no cenário nacional. Quando eu comecei já havia outros centros especializados, sendo o dr. Milton Nakamura o grande precursor no Brasil.

Iniciamos com uma estrutura pequena, mas evoluímos, crescemos e hoje somos um dos maiores grupos de reprodução assistida do país.”

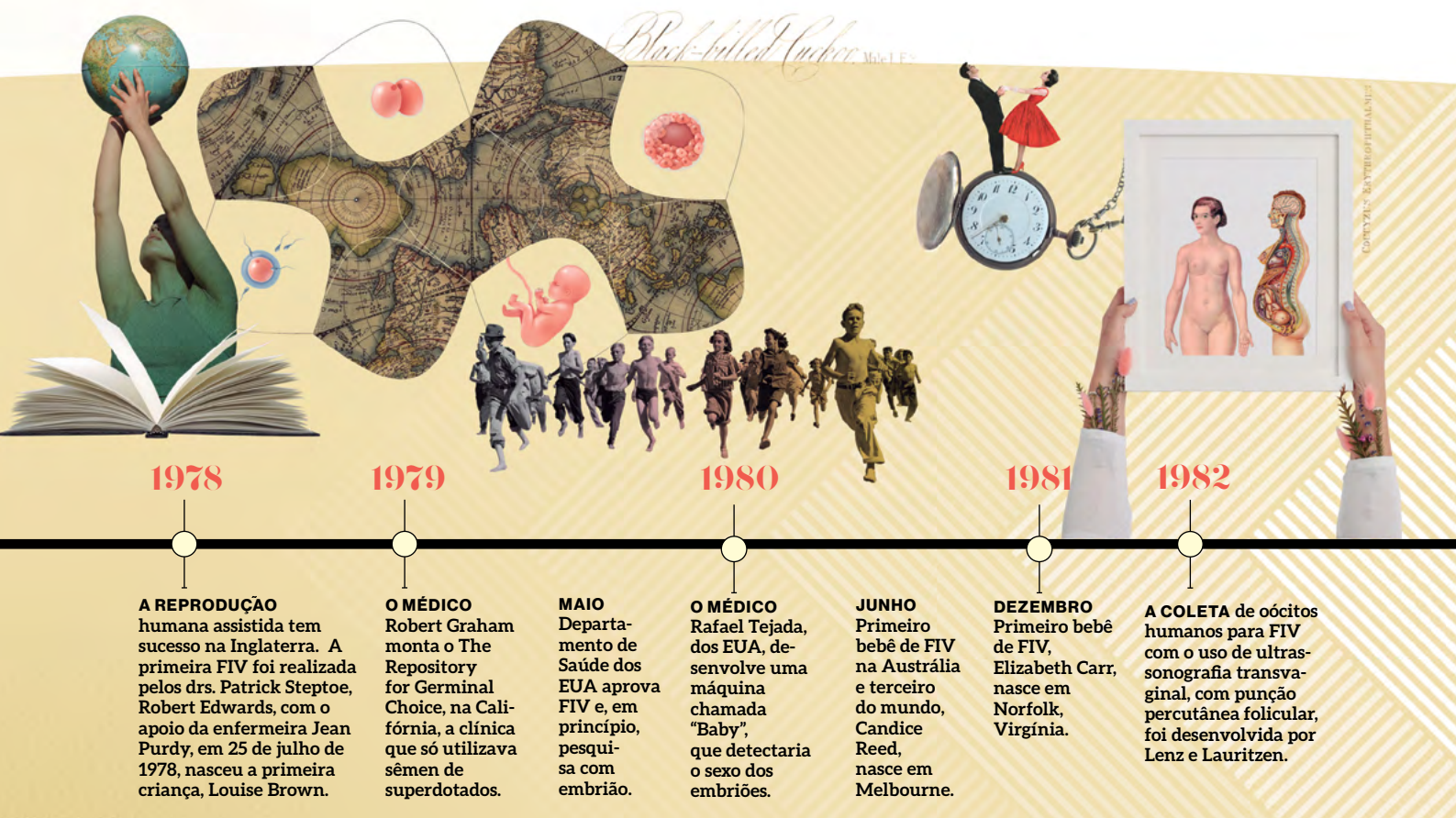
Ciência e humanização fazem parte do DNA

Hoje, a Huntington está presente em São Paulo, Campinas, Belo Horizonte e Brasília, reunindo alguns dos maiores especialistas do país não só na área médica, mas também embriologistas, enfermeiras e psicólogos, fundamentais no suporte do tratamento em reprodução assistida. A valorização da pesquisa e da ciência está no DNA da Huntington, o que explica a parceria com o Grupo Eugin, de origem espanhola, que está presente em mais de dez países, sendo mundialmente reconhecido pelo grande número de tratamentos realizados e por seu foco em pesquisa e desenvolvimento de novas técnicas.

“Hoje, com o advento das tecnologias

de comunicação, as culturas se difundem mais rapidamente. Mas se você faz parte de um grande grupo com atuação internacional, você divide experiência e colabora de forma mais rápida”, explica o fundador da Huntington. A Eugin tem grupos de estudo e pesquisa multinacionais, formados por profissionais da Espanha, Itália, EUA, Brasil, Argentina, entre outros. “Então, sem dúvida, a possibilidade da Huntington de absorver as novas tecnologias e aprimorar seu *modus operandi* é muito maior”, revela.

Desde o início, o objetivo da Huntington é oferecer aos pacientes com problemas de infertilidade as mais seguras e modernas técnicas disponíveis no mundo. “Houve muitos avanços tecnológicos e científicos, em um período de tempo muito curto. Aqui na Huntington, nós sempre estivemos envolvidos com essas novidades”, diz o dr. José Roberto Alegretti, diretor de embriologia da



Huntington. “Em 1978, quando nasceu, na Inglaterra, o primeiro bebê concebido por meio da FIV, nem ultrassom havia. A partir da década de 1990, desenvolveu-se a técnica da ICSI, os avanços vieram como em um *boom*. Tudo tem avançado em um ritmo muito acelerado e as taxas de sucesso dos procedimentos têm sido cada vez maiores”, relata.

O dr. José Roberto destaca os avanços na área de genética, que hoje permitem avaliar a qualidade do material genético e do próprio embrião, garantindo não só taxas de sucesso mais elevadas na FIV, mas também mais segurança em relação à saúde genética dos futuros bebês. Ele também diz que a possibilidade de congelar óvulos e embriões é um avanço relevante e muito compatível com os padrões do mundo moderno. Os laboratórios hoje também são muito mais sofisticados e seguros, permitindo uma troca de co-

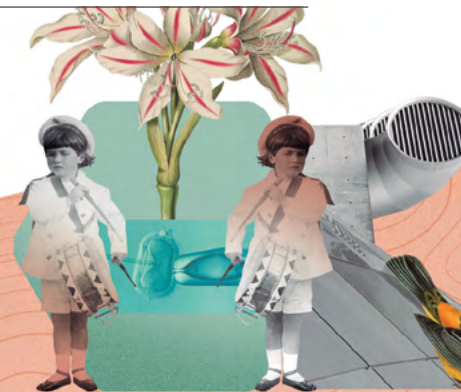
nhecimentos grande entre os profissionais envolvidos nos procedimentos. “Na verdade, o Brasil nunca esteve atrás de ninguém quando falamos de reprodução assistida. Na Huntington, os pacientes têm acesso ao que há de melhor no mundo atualmente”, diz.

A Huntington conta hoje com um corpo clínico especializado no atendimento, pesquisa, prevenção e tratamento da infertilidade. As clínicas do grupo possuem laboratórios específicos para a realização de qualquer técnica da fertilização laboratorial, além de uma equipe multidisciplinar que dá suporte a todas as necessidades durante o tratamento.

“O que me dá mais prazer hoje é ver as pessoas crescerem, evoluírem. Nosso corpo aqui não é clínico. É multidisciplinar. Eu considero como uma grande família. Além de médicos, os biólogos, as enfermeiras, as meninas da adminis-



Contribuíram: **dr. Eduardo Motta, Hebe Liberatti e José Roberto Alegretti**



1984

NASCE em São José dos Pinhais, no Paraná, o primeiro bebê de proveta brasileiro.

JANEIRO

Primeiro nascimento de cessão temporária de útero, na Califórnia; nasce o primeiro bebê por doação de embrião, em Melbourne.

MARÇO

Em Melbourne, ocorre o primeiro nascimento pós-transferência de embrião congelado, Zoe Leyland.

1992

RELATO da primeira gravidez em humanos por ICSI, na Bélgica.

1993

EM SÃO BERNARDO, São Paulo, nascem as gêmeas Ana Cláudia e Heloísa Perroni, primeiros casos de transporte de embriões, após FIV.

1994

A ENFERMEIRA Neile Gomes Papazian, 52 anos, dá à luz, no Rio de Janeiro, o primeiro bebê de proveta brasileiro gerado na menopausa.

1996

CHEGA ao Brasil técnica do amadurecimento de óvulos em laboratório, desenvolvida na Austrália. No mesmo ano, a inglesa Edith Jones, 51 anos, gera seu próprio neto.

tração e todos que lidam com o paciente fazem muita diferença. Uma equipe multidisciplinar precisa ser consistente no seu todo”, avalia.

O fundador da Huntington também reconhece que, embora a capacidade técnica seja importante, a maior preocupação da Huntington sempre foi com o acolhimento humanizado ao paciente. “Isso é mérito do Paulo. Ele sempre teve uma sensibilidade muito grande em relação à dor do paciente. Por isso, construir uma empresa humanizada sempre foi uma preocupação. Entender as dificuldades das pessoas. Nessa área, a gente acaba se tornando amigo dos casais”, diz.

Mesmo depois de 26 anos trabalhando nessa área, ele ainda se emociona quando vai dar a um casal a notícia de que o filho tão desejado está a caminho. “A reprodução assistida é uma área maravilhosa. Porque nós temos a possibilidade de mu-

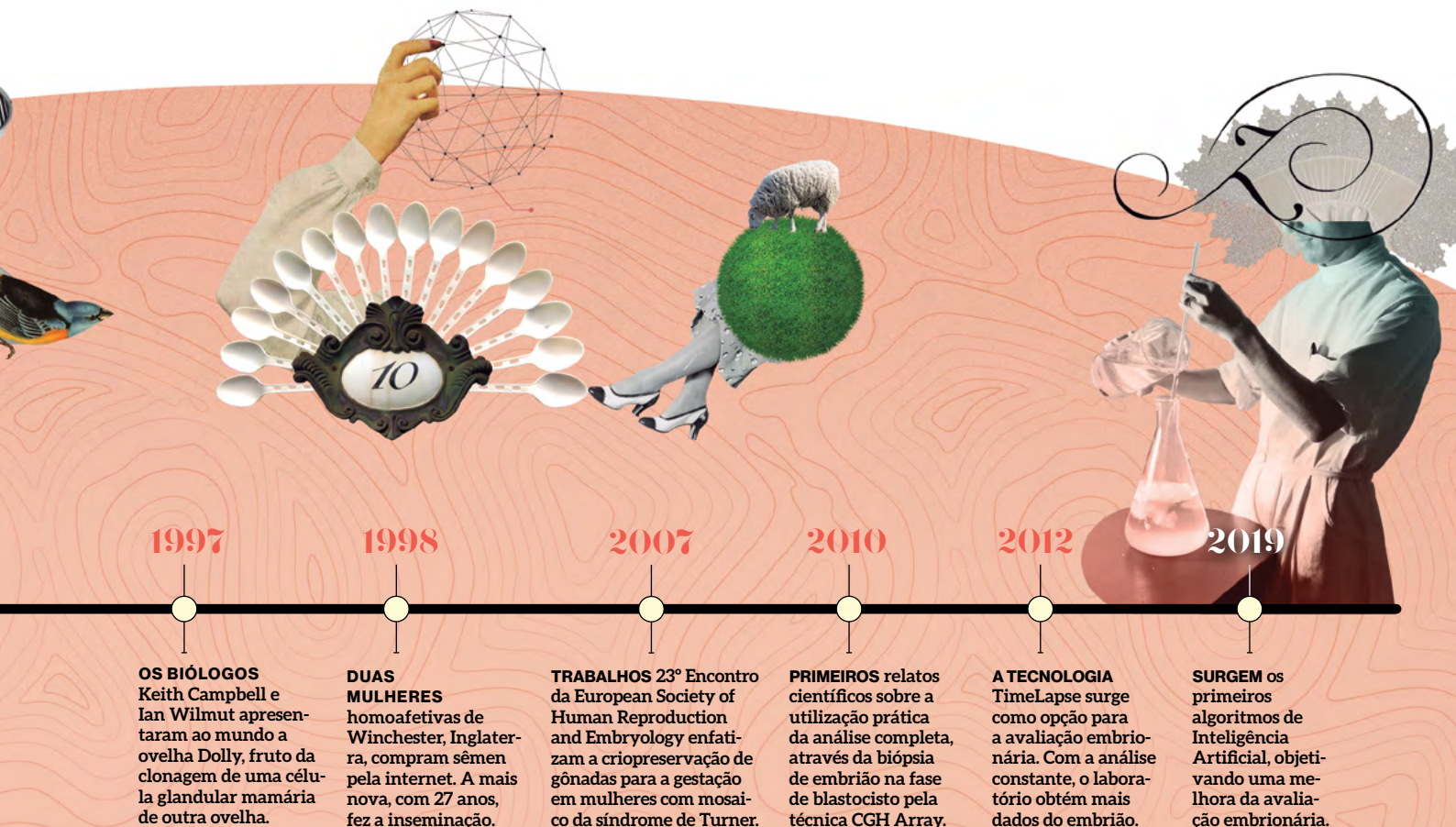
dar a vida de um casal, de uma família. É para sanar essa dor das famílias que nós trabalhamos todos os dias”, diz.

O dr. Eduardo Motta também acredita que a reprodução assistida tem potencial para mudar não só a vida dos casais, mas a própria sociedade. Assim como a descoberta da pílula anticoncepcional, nos anos 1960, possibilitou às mulheres viver sua sexualidade de maneira mais livre, a reprodução assistida pode ser o próximo passo desta caminhada. “Hoje, as mulheres podem decidir com uma certa dose de liberdade, ganhando mais tempo para construir seu sucesso profissional, sem ter que escolher entre ser mãe ou ser uma profissional de sucesso. Embora o bom senso sempre venha a predominar, essa nova dinâmica de escolha tem o poder de mudar as decisões de quando completar a família”, diz.

Atento às novidades da tecnologia e da

ciência, ele também já vislumbra quais serão as novas fronteiras da reprodução assistida a serem alcançadas. “Um dos grandes desafios a serem superados é implantar embriões com mais de 80% de chances de sucesso. A ciência ainda não entende o que ocorre dentro do útero materno. Conseguimos analisar o embrião *in vitro*, mas lá dentro do útero ainda não. A integração materna com o embrião ainda é um campo de aprendizado.”

Ele também diz que o rejuvenescimento dos óvulos é um desafio que pode fazer diferença. “Já conseguimos mitigar o problema, através do congelamento de óvulos. Entendo que poderemos avançar tentando bloquear a atividade do ovário, para conservar a reserva ovariana. Mas, sem dúvida, um grande avanço seria conseguir formar um óvulo a partir de uma célula-tronco. Talvez esse seja um futuro possível”, finaliza. •





Desde 2011 o STF reconhece a união estável entre casais do mesmo sexo como uma unidade familiar



AS NOVAS FOTOGRAFIAS DA FAMÍLIA BRASILEIRA

Muita gente vai se surpreender com a notícia, mas a família tradicional brasileira, formada por pai, mãe e filhos, já não é maioria nos lares do país

OS DADOS DA MAIS RECENTE edição da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD), do IBGE, mostram que atualmente seis de cada dez lares brasileiros abrigam novas configurações familiares, formadas por mulheres que se divorciaram e criam seus filhos sozinhas, que optaram por uma produção independente, casais homoafetivos, com ou sem filhos, diferentes tipos de famílias monoparentais. Em 2015, quando a mesma pesquisa foi feita, 58% das famílias brasileiras se enquadravam no modelo patriarcal tradicional.

O que as estatísticas espelham é aquilo que há tempos já se vê nas clínicas de reprodução assistida. Pessoas empoderadas, que têm estilos de vida diferentes ou orientação sexual fora do padrão heteronormativo, estão estabelecendo novos conceitos de família e novos ordenamentos da vida em sociedade.

Pode-se dizer que os avanços da ciência têm muito a ver com essa mudança. Da descoberta da pílula anticoncepcional, em 1960, até os dias de hoje, quando é possível congelar gametas ou fertilizar e transferir embriões, os avanços foram assombrosos. Combinados aos movimentos ligados aos direitos individuais, esses avanços ajudam a mudar as fotografias das famílias brasileiras.

A ciência move o mundo das leis

Desde a descoberta da pílula anticoncepcional, lançada em dezembro de 1960, as mulheres conquistaram a possibilidade de viver sua sexualidade com liberdade, sem risco de engravidar. Essa mudança trouxe transformações relacionadas aos direitos das mulheres. A liberdade sexual acabou com o casamento compulsório após o fim do ensino médio. Elas ingressaram nas universidades e, em função disso, conquistaram seu lugar ao sol no mercado profissional.

Mais independentes do ponto de vista socioeconômico, as mulheres tornaram-se mais autônomas para tomar a decisão de encerrar um casamento malsucedido. Até 1977, contudo, os filhos de casais separados eram considerados ilegítimos, já que a lei brasileira considerava o matrimônio como um vínculo indissolúvel.

Por pressão social, o divórcio acabou sendo legalizado em 1977. A legalização exerceu forte impacto no conceito de família tradicional. Com o divórcio legal, começaram a surgir as uniões estáveis de casais heterossexuais. Aos poucos, o ordenamento jurídico foi alcançando os avanços sociais.

A Constituição Federal de 1988 foi revolucionária, porque inclui a possibilidade de outros modelos de entidade familiar, que permitiram quebrar o padrão heteronormativo. O Art. 226 diz que *“fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito”*. Segundo a Lei basta ser um casal para ser uma família.

Em 2011, o Supremo Tribunal Federal (STF) deu mais um passo e reconheceu, por unanimidade, a união estável entre casais do mesmo sexo como entidade familiar. A partir daí, casais homoafetivos têm os mesmos direitos previstos na lei 9.278/1996, a Lei de União Estável, que julga como entidade familiar *“a convivência duradoura, pública e contínua”*. Além disso, o STF também qualificou como crime a discriminação à orientação sexual do indivíduo.

A desembargadora Maria Berenice Dias, primeira mulher a ingressar na magistratura gaúcha, é especialista na matéria. No seu *Manual de Direito das Famílias*, de 2015, ela diz que *“a afetividade é o princípio que fundamenta o Direito de Família na estabilidade das relações socioafetivas e na comunhão de vida, com primazia em face de considerações de caráter patrimonial ou biológico”*.

Embora o casamento gay propriamente dito ainda não tenha uma lei específica – um projeto de lei tramita no Congresso desde 2017 –, em 2013 a Comissão de

Constituição e Justiça (CCJ) do Senado firmou jurisprudência, determinando que cartórios façam o casamento civil para casais homoafetivos.

A legislação que regula a reprodução assistida vem acompanhando esse avanço. Em 2020, o Conselho Federal de Medicina editou a Resolução 2.294, que estende às pessoas transgênero a possibilidade de receber doações de material genético. Para casais homoafetivos esse acesso vigora desde 1992.

“O afeto não é fruto da biologia. Os laços de afeto e de solidariedade derivam da convivência familiar, não do sangue”

Ainda há muitos avanços e regulamentações necessários. Casais homoafetivos ainda têm dificuldades, por exemplo, para garantir a licença-maternidade junto ao INSS, quando ela é induzida por técnicas de reprodução assistida. Mas, de acordo com Maria Berenice Dias, que é fundadora do Instituto Brasileiro do Direito de Família (IBDFAM), já está claro, inclusive nos tribunais, que *“o afeto não é fruto da biologia. Os laços de afeto e de solidariedade derivam da convivência familiar, não do sangue”*. Para a desembargadora, reconhecer a paternidade socioafetiva ou o direito de casais homoafetivos à paternidade é dar ao afeto um reconhecimento jurídico, *“com o claro objetivo de garantir a felicidade, como um direito a ser alcançado”*.

Militância impulsiona a ciência

“Após a revolução industrial, a família patriarcal clássica vem perdendo seu protagonismo na vida social. Primeiro deixou de ser a unidade produtiva básica, como foi até o período feudal. Depois, com a especialização do trabalho, a mulher deixou de ser essencial dentro do lar. Passaram a existir especialistas em cuidar da casa, educar os filhos. Com os avanços da reprodução assistida, agora a família tradicional perde o monopólio sobre o direito reprodutivo, que não é mais privilégio de casais heteronormativos”, diz Alessandra Chacham, professora de sociologia da PUC-MG.

Para a socióloga, que é bissexual e há quatro anos oficializou seu casamento com a publicitária Ana Paula Agostini, a ciência ainda avança obedecendo à demanda heteronormativa. “A ciência foi pesquisar a fertilização *in vitro* para sanar a infertilidade de casais heterossexuais. A pressão social faz com que esses avanços beneficiem também quem está fora da norma”, diz.

Já a publicitária Ana Paula Agostini acredita que os avanços ocorrem por pressões vindas de vários setores. “O próprio mercado de consumo tem exigido que as empresas e instituições abracem a diversidade, que inclusive é mais sustentável e mais lucrativa”, diz. Ana Paula, que nunca sonhou em ter filhos, vê que hoje as lésbicas, gays e pessoas trans já não pensam mais em casar com alguém de sexo oposto, ter filhos e depois “saírem do armário” – percurso feito por sua companheira, que tem dois filhos fruto de uma união heterossexual. “O mundo é diverso e o papel da ciência é trabalhar para que, na diversidade, as pessoas sejam felizes”.

O médico Gustavo Teles, responsável médico pelo Centro de Reprodução Humana da Huntington no Hospital Santa

A família tradicional perdeu
o monopólio sobre o direito
reprodutivo, que não é
mais privilégio de casais
heteronormativos



**Na Huntington, o acolhimento
é humanizado, independente
da orientação sexual de quem
deseja ter filhos**



Joana, concorda. “A ciência tem o papel de responder aos momentos históricos. Estamos aqui apenas para fazer as pessoas viverem mais ou para que vivam bem? Eu acredito que a ciência precisa fazer com que sejamos mais saudáveis, mas também mais felizes”, diz. Isso inclui a isonomia no acesso aos bens que os avanços científicos produzem.

O dr. João Pedro Junqueira Caetano, diretor médico da Huntington Pró-Criar de Belo Horizonte, lista vários avanços científicos disruptivos que obrigaram a sociedade a avançar. “Desde os anos 1990, fazemos em nossas clínicas inseminação e, depois, FIV em casais homoafetivos. E o Conselho Federal de Medicina (CFM) sempre foi bastante liberal. Em 1992, a resolução do CFM já reconhecia o direito de casais homoafetivos de terem filhos biológicos, por meio das técnicas de reprodução assistida”, enfatiza.

Apesar disso, o especialista reconhece que a ciência e a medicina são feitas por seres humanos e muitas vezes os padrões morais conservadores dos profissionais ainda podem ser um problema. “Quando me formei, havia dúvidas se os médicos deveriam prescrever pílulas anticoncepcionais para menores de idade. Aos poucos isso foi superado. Hoje, o médico decide se ele quer ou não fazer um procedimento. Mas a recusa é cada vez mais rara. A FIV tem esse potencial disruptivo, de quebrar paradigmas. Estamos evoluindo”, afirma.

O dr. Gustavo Teles é otimista e diz que cada vez mais têm chegado às clínicas casais fora do padrão heteronormativo. “E, felizmente, tem sido comum que a família venha junto. São pessoas empoderadas, que já superaram muita coisa antes de tomar a decisão de buscar realizar seu sonho de ter um filho”, diz.

Os médicos destacam, ainda, a importância de que as clínicas de reprodução assistida recebam os pacientes de forma humanizada e individualizada, entendendo que cada história é uma história. “Acolher com cuidado e carinho essas pessoas é muito importante. O médico é alguém que ajuda quem precisa de ajuda. Não importa se o casal é hetero ou homoafetivo. Ou mesmo se é alguém em uma produção independente. Nós podemos auxiliar”, diz o dr. João Pedro. O fato é que a medicina reprodutiva está

*“O médico é alguém
que ajuda quem
precisa de ajuda.
Não importa se o casal
é hetero ou homoafetivo.
Ou mesmo se é alguém
em uma produção
independente. Nós
podemos auxiliar”*

ajudando a reconfigurar as famílias brasileiras. “Pense que hoje já usamos úteros de substituição para ajudar as pessoas a terem filhos. Podemos congelar embriões e já fazemos FIV com altas taxas de sucesso. São as novas histórias de famílias chegando”, finaliza o dr. Gustavo Teles.

Superando a barreira do preconceito

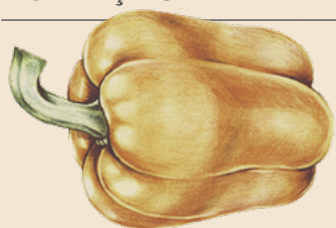
A diversidade está na moda. Basta olhar as dezenas de propagandas e ações institucionais de marcas, onde casais homoafetivos foram alçados à condição de pro-

tagonistas. As grandes marcas mundiais estão entendendo que a diversidade traz sustentabilidade e que o mercado LGBTQIA+ não pode ser deixado de lado.

O problema é fazer com que esse discurso de marketing favorável à diversidade se transforme em políticas realmente capazes de transformar a sociedade, tanto nas empresas quanto nas instituições públicas. A publicitária e consultora de marketing Natalie Oliffson ainda é um pouco reticente em relação a isso. “São poucas as empresas que adotam a diversidade como política da porta pra dentro. É isso que ainda precisamos mudar”, diz.

O fundador e presidente do Movimento Gay Mineiro (MGM), Oswaldo Braga Júnior, concorda. “O Brasil ainda é heteronormativo e preconceituoso. Os avanços da reprodução assistida estão acessíveis aos casais gays, mas isso não os livra de lidar com o preconceito social”, revela. Na opinião do ativista, os filhos que nascem de procedimentos de FIV em famílias homoafetivas são vítimas de muito preconceito. “Eles são como os filhos de mulheres desquitadas na década de 80 e não são aceitos em muitos espaços de convivência”, diz.

A saída, segundo Oswaldo Braga Júnior, é continuar lutando. “Precisamos criar uma rede de proteção social, que envolva a escola, as instituições públicas, os médicos, os cientistas, os prestadores de serviço, os amigos, a família. Homofobia não é um sentimento que nasce com o ser humano. Isso é ensinado. Se conseguirmos criar uma geração sem preconceito, nunca mais teremos que sofrer com isso. Quando o mundo finalmente entender que somos todos de uma mesma família, seremos todos muito mais felizes”, diz. •



O PRIMEIRO PASSO É COMER BEM



Alimentação natural e orgânica, a mais variada possível, preserva a saúde reprodutiva de homens e mulheres





SEIS EM CADA DEZ brasileiros estão acima de seu peso ideal. Conforme indica a última edição da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), do Ministério da Saúde, o número de adultos obesos, considerando o Índice de Massa Corporal (IMC), mais do que dobrou nas duas últimas décadas, saltando de 12,2% em 2003, para 26,8% no ano passado. Entre as mulheres, o problema é mais grave. Uma em cada três brasileiras em idade adulta (29,5%) está obesa e em 62% delas verifica-se o sobrepeso, que pode evoluir para a obesidade num abrir e fechar da geladeira.

Mas o que a obesidade tem a ver com fertilidade? Segundo o time de nutrição da Huntington, tem tudo a ver. É consenso que comer bem é um dos primeiros passos para quem pensa em ter filhos. O estado nutricional e o estilo de vida têm impactos importantes na fertilidade feminina e masculina. A obesidade afeta a saúde das nossas células e pode provocar inflamações crônicas no organismo, que reduzem a qualidade dos óvulos e espermatozoides, afetando, por exemplo, as taxas de sucesso de um processo de Fertilização in Vitro (FIV).



Contribuíram: **dra. Cláudia Gomes Padilla**
e **Kenia Lovizon**



ALIMENTOS AMIGOS DA FERTILIDADE

- Vegetais folhosos como espinafre, rúcula, couve, agrião, espinafre, escarola, alface roxa, entre outros.
- Legumes (todos). Quanto mais variado e coloridos no dia a dia, melhor.
- Fibras como aveia, quinoa, amaranto, farinha da casca do maracujá.
- Oleaginosas como castanhas-do-Pará, de caju, de baru, nozes, amêndoas, pistache, avelãs.
- Sementes de girassol, abóbora, gergelim, linhaça, chia.
- Leguminosas: feijões (azuki, preto, branco), grão-de-bico, ervilha e lentilha.
- Frutas (todas). Quanto mais variadas e coloridas no dia a dia, melhor. À noite dar preferência às ricas em triptofano, como a banana, o abacate, as tâmaras, o abacaxi e o mamão.

O excesso de tecido adiposo – formado pelas células que armazenam a gordura corporal – é tóxico para o organismo, o que pode levar a desequilíbrios hormonais, processos inflamatórios agudos e crônicos, entre outros problemas, como diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, arteriosclerose, dislipidemias, doenças autoimunes, e também à infertilidade. Na verdade, tanto a obesidade (IMC maior que 30 kg/m²), quanto o baixo peso (IMC menor que 19 kg/m²) estão associados à infertilidade, podendo, conforme a gravidade, até mesmo impedir que se leve uma gravidez a termo.

Hoje, diante do crescente número de crianças e adolescentes obesos no Brasil e no mundo, já se fala que “a geração de inférteis ainda está por vir”. A explicação está no alto consumo de alimentos processados, industrializados, cheios de conservantes e açúcares, uma dieta que os especialistas classificam como inflamatória. Também preocupa o estilo de vida das crianças e jovens. Na avaliação dos especialistas, falta

de atividade física regular, sono desregulado e quadros de ansiedade são fatores que prejudicam a saúde reprodutiva.

O que significa comer bem?

Pode parecer um contrassenso falar de obesos desnutridos. Em tese, se a pessoa é obesa, ela teria excesso de alimentos no corpo e não a falta deles. Isso é um mito. A verdade é que a maior parte das pessoas obesas não apenas come coisas que engordam, mas também escolhe alimentos pobres em nutrientes essenciais à saúde e ao processo reprodutivo.

Uma dieta rica em açúcares, carboidratos e conservantes típicos dos alimentos industrializados – que os obesos normalmente consomem em grande quantidade – provoca inflamações crônicas no organismo, desregula os hormônios, podendo dificultar a gravidez. É muito frequente encontrar pessoas obesas com problemas de desnutrição ou carência de vitaminas e minerais importantes para sustentar uma gravidez saudável.

Anote algumas dicas



PREFERIR alimentos orgânicos e minimamente processados, respeitando a sazonalidade e a regionalidade.



EVITAR, ao máximo, o consumo de doces, açúcares simples, doces industrializados.



CONSUMIR em abundância os alimentos frescos, naturais, investindo sempre na variedade dos seguintes grupos alimentares: frutas, legumes e verduras, proteínas magras, tubérculos, alimentos ricos em fibras, oleaginosas e sementes.





Mesmo as mulheres que conseguem engravidar – seja naturalmente ou com ajuda da reprodução assistida –, diante de uma alimentação inadequada, podem ter problemas como a diabetes gestacional, pré-eclampsia, que ameaçam a saúde do bebê e da mãe, podendo ocasionar aborto ou parto prematuro ou ainda a gestação evoluir, mas com o bebê fora do peso e crescimento ideal.

Além de comer bem, adotando a variedade de alimentos frescos, orgânicos e naturais como base da alimentação, é importante que o casal que quer ter filhos considere um conjunto saudável de hábitos de vida. Cotidianamente, deve-se abrir mão do elevado consumo alcoólico e do tabagismo, dois grandes vilões para a saúde de qualquer pessoa. Também é fundamental banir para sempre o sedentarismo e ter uma boa rotina de sono.

Para assegurar uma dieta que favoreça a fertilidade, escolha sempre a moderação no consumo e a variedade no seu carrinho de compras. •



DAR PREFERÊNCIA aos azeites, o de oliva para cozinhar, o oliva extra virgem para temperar, e os óleos de gergelim, avocado e coco. Evite os óleos refinados.



REDUZIR o consumo de produtos lácteos (leites e derivados). Se necessário, substitua por leites vegetais e iogurtes com apenas dois ou três ingredientes.



ESCOLHA ovos orgânicos ou caipiras e carnes brancas como base do consumo de proteínas, que preferencialmente devem ser sempre orgânicos. Frutos do mar podem ser consumidos. Consumir com menos frequência as carnes vermelhas, evitando cortes mais gordurosos.



EVITAR excesso de sal e farinhas refinadas. Troque por sal marinho e farinhas funcionais como, por exemplo, farinha de coco, de amêndoas, de aveia, e farinha de grão de bico.







UMA TÉCNICA QUE AJUDA A NATUREZA E FAZ A VIDA ACONTECER

O MAIS RECENTE levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) sobre os índices de fecundidade no país traz uma novidade: as taxas de nascimento de bebês filhos de mães em idade mais avançada estão crescendo no Brasil. Nos últimos dez anos, o aumento do número de partos de mulheres na faixa etária que vai dos 35 aos 39 anos foi de 63%. Em 2019, foi justamente nesse grupo de mulheres que se observou o maior percentual de aumento (56%).

Neste cenário, os tratamentos de reprodução assistida, como a Fertilização in Vitro (FIV) ou o congelamento de óvulos, podem ser poderosos aliados dos casais e das mulheres. A FIV vem apresentando importantes avanços ao longo dos anos, auxiliando mulheres com dificuldades para engravidar, ou seja propiciando uma alternativa real para tratar seus problemas. Permite também que as mulheres adiem a gravidez, para um momento em que estão mais seguras de suas escolhas de vida, como no caso do congelamento de óvulos.

Se no passado a FIV foi idealizada para mulheres com a laceradura das tubas uterinas, hoje se aplica as mais variadas alterações, como problemas graves de ovulação, no aborto de repetição, nas mulheres com baixa reserva ovariana, entre outras. Em qualquer destas situações maximiza as chances de uma

Com taxas de sucesso cada vez maiores, a FIV dá aos casais inférteis motivos para acreditar que pode haver uma saída para o sonho de ter um filho

INDICAÇÕES DA TÉCNICA

- Casais que tentam, sem sucesso, engravidar por um período de um ano ou mais – mantendo pelo menos duas a três relações sexuais por semana.
- Mulheres com mais de 35 anos e homens a partir dos 50 anos.
- Mulheres com baixa reserva ovariana, endometriose profunda, alteração na função das trompas ou síndrome de ovários policísticos.
- Casais homoafetivos femininos ou masculinos.
- Homens com problemas de baixa concentração ou mobilidade dos espermatozoides.
- Casais com alterações genéticas que possam afetar o futuro bebê.
- Mulheres que querem engravidar por produção independente.

gravidez, por meio da correta recuperação e seleção de óvulos. Auxilia, ainda, aos homens com baixa contagem ou que passaram por cirurgia de vasectomia para evitar filhos e se arrependeram. Inclusive a FIV ajuda aos casais homoafetivos ou mulheres que optem pela maternidade independente.

De acordo com o dr. João Pedro Junqueira, da clínica Huntington Pró-Criar, na FIV a natureza conta com a ajuda de médicos especialistas em reprodução assistida para fazer a vida acontecer. O médico acrescenta que a melhora nas taxas de sucesso da técnica têm feito com que, cada vez mais, as pessoas que têm problemas de fertilidade acreditem que pode haver uma saída e procurem por um tratamento de reprodução assistida.

A 13ª edição do relatório do SisEmbryo confirma isso. De acordo com o relatório, em 2019 foram realizados 43.956 ciclos de FIV no país, o que representou um crescimento de mais de 800 tratamentos em relação ao ano anterior. O estado de São Paulo lidera o ranking nacional, chegando a 21.162, o que representou 48% do total de ciclos. Em segundo e terceiro lugares, respectivamente, estão Minas Gerais (4.312) e Rio de Janeiro (4.095).

A FIV garante 100% de gravidez?

De acordo com o dr. João Pedro e com a dra. Cláudia Gomes Padilla, embora seja a mais eficaz das técnicas de reprodução assistida disponíveis, não existe garantia de gravidez. “As taxas de sucesso são elevadas comparadas às chances naturais, mas ainda assim limitadas. Não há como falar em garantia”, dizem os especialistas.

Em uma mulher de até 34 anos, após três tratamentos de FIV, as chances de engravidar são as mesmas que uma mulher sem qualquer problema de fertilidade, na mesma faixa de idade, teria após um ano de tentativas. Isto não significa que a paciente precisará repetir o procedimento três vezes, já que ela poderá engravidar na primeira tentativa. Mas é preciso ter em mente que a natureza necessita de várias tentativas mensais para alcançar uma gravidez. Em um ano tentando uma gravidez natural, seriam 12 ciclos menstruais e várias tentativas por ciclo.

A dra. Cláudia destaca que a taxa de sucesso dependerá de diversos fatores, principalmente da idade materna, que afeta a qualidade e quantidade dos óvulos. Assim como a qualidade do sêmen, que também é reduzida nos homens com mais de 50 anos.

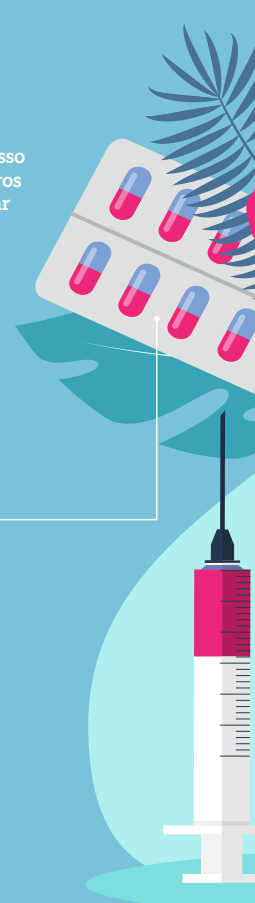
“Por isso não se pode demorar demais para buscar a ajuda de um especialista em reprodução assistida, quando o casal não consegue engravidar naturalmente”, diz a especialista. Nas mulheres de até 35 anos, pode-se tentar até um ano. Depois dessa idade, o aconselhado é procurar ajuda no máximo após seis meses de tentativas naturais. •

Como funciona a técnica?

1. ESTIMULAÇÃO DOS OVÁRIOS

O dr. João Pedro explica que o primeiro passo para realizar a FIV é fazer a estimulação ovariana, feita por meio de hormônios aplicados na forma subcutânea por um período de nove a dez dias. Utilizam-se os hormônios foliculo-estimulantes (FSH) e hormônio luteinizante (LH), para induzir o crescimento e amadurecimento dos óvulos. Estes hormônios são os mesmos produzidos pelo ovário durante uma ovulação natural, somente em quantidade aumentada. Esse processo é acompanhado por exames de ultrassom transvaginal seriado, para avaliar o crescimento dos foliculos, que são “bolsas” que contêm os óvulos até o momento adequado para serem coletados. E quando isso ocorre, administram-se outros hormônios para desencadear a ovulação.

1



2.

COLETA DE ÓVULOS LIBERADOS

Após cerca de 36 horas da última medicação hormonal que desencadeia a ovulação, faz-se a coleta dos óvulos, que são retirados pelos médicos diretamente dos ovários. Para isso, utiliza-se uma ultrassonografia transvaginal como guia. Os óvulos são aspirados de dentro dos folículos. Estes óvulos são imediatamente selecionados e levados a uma incubadora, até sua manipulação para fertilização. A quantidade de óvulos aspirados irá depender da idade da mulher e da sua reserva ovariana.

3.

FERTILIZAÇÃO IN VITRO

No processo de fertilização, os óvulos são colocados em uma placa de cultura para serem fertilizados com os espermatozoides previamente selecionados. Os espermatozoides podem ser colhidos diretamente do testículo em casos específicos, sendo na maioria das vezes colhidos por ejaculação. Nessa etapa, um único espermatozoide pode ser injetado em cada óvulo (oócito).

4.

CRESCIMENTO DOS EMBRIÕES

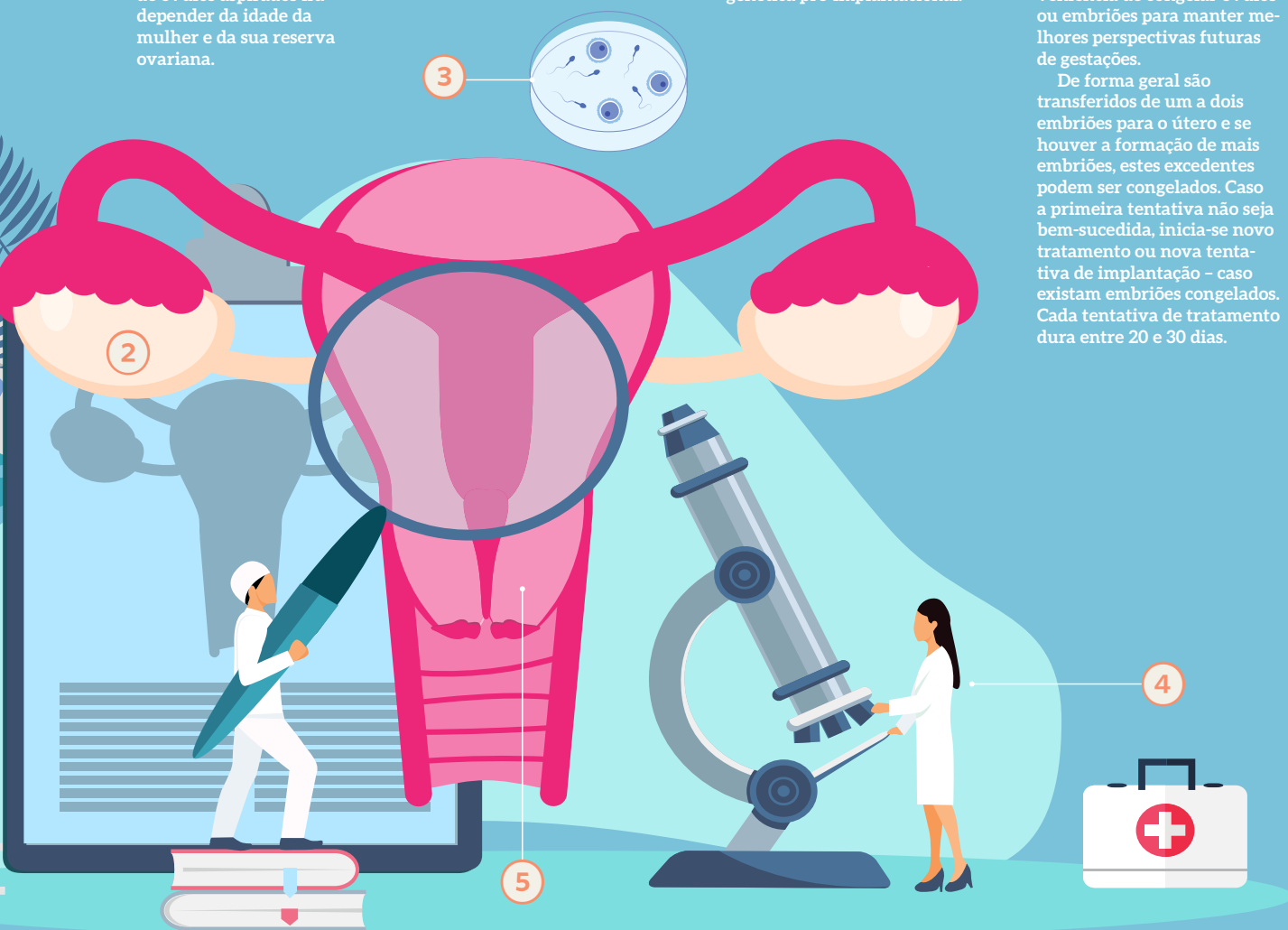
Os embriões formados são cultivados por um período médio de cinco/seis dias em uma incubadora, que simula o que ocorre dentro do corpo da mulher durante uma gravidez natural. Nesta etapa é avaliada a qualidade dos embriões formados e é feita a seleção do embrião que será transferido para o útero. Em casos específicos pode ser indicada a avaliação genética do embrião, feita por um procedimento denominado biópsia embrionária. O objetivo é fazer uma análise genética pré-implantacional.

5.

TRANSFERÊNCIA DO EMBRIÃO

Na última fase, o embrião é implantado no útero por meio de um cateter inserido no colo uterino. A taxa de sucesso do procedimento depende de múltiplos fatores, incluindo a qualidade dos óvulos e espermatozoides, que é fortemente impactada pela idade do casal. As melhores taxas de sucesso por tentativa são em torno de 55%, atingidas quando a mulher tem até 35 anos. Por isso, quem pretende adiar a maternidade para depois dos 35 anos deve pensar na conveniência de congelar óvulos ou embriões para manter melhores perspectivas futuras de gestações.

De forma geral são transferidos de um a dois embriões para o útero e se houver a formação de mais embriões, estes excedentes podem ser congelados. Caso a primeira tentativa não seja bem-sucedida, inicia-se novo tratamento ou nova tentativa de implantação - caso existam embriões congelados. Cada tentativa de tratamento dura entre 20 e 30 dias.



SÍLVIA POPPOVIC:

A FIV PODE MUDAR A DINÂMICA DA SOCIEDADE

A jornalista foi uma das primeiras celebridades no país a falar abertamente sobre infertilidade e diz que as técnicas de reprodução assistida representam uma nova chance de empoderamento da mulher



Foto: Kakau Lossio

TEM GENTE QUE PARECE ter nascido com a vocação de ser pioneira. A jornalista Sílvia Poppovic é assim. Na TV, foi dela a ideia de fazer um programa de debate envolvendo temas de comportamento – o *Programa Sílvia Poppovic*, lançado no SBT em 1990 e que foi sucesso de audiência durante 15 anos. Ela também foi uma das primeiras celebridades brasileiras a falar abertamente sobre infertilidade feminina. E foi das primeiras a conseguir gravidar através da técnica de Fertilização in Vitro, à época realizada pelo dr. Paulo Serafini e dr. Eduardo Motta, na Huntington em São Paulo.

Hoje, a filha de Sílvia já tem 21 anos, mas na época as pessoas que buscavam auxílio da reprodução assistida em geral faziam questão da privacidade. A jornalista, ao contrário, sempre se mostrou disponível para falar do assunto, porque sabe que seu relato pode ajudar casais que sofram do mesmo problema a vislumbrar as possíveis saídas. Ou seja, ela também é pioneira ao privilegiar a empatia e a sororidade, em detrimento de sua própria privacidade.

“Eu resolvi falar disso abertamente, porque naquela época a técnica de Fertilização in Vitro era pouco conhecida. E como eu tinha uma audiência muito grande, achei que poderia ajudar mulheres que, como eu, adiaram a maternidade e, quando decidiram ter filhos, enfrentaram problemas”, diz. Sílvia já tinha 44 anos quando conseguiu engravidar. Além da idade avançada em termos reprodutivos, ela também descobriu que sofria de ovários policísticos. Essa combinação de fatores, possivelmente, tornaria impossível o sonho de ser mãe, não fosse a Fertilização in Vitro.

A jornalista se considera uma pessoa de sorte, já que ao final de seis meses de

tratamento conseguiu receber a boa notícia de que seria mãe, o que, infelizmente, não acontece com todos os casais que embarcam nessa jornada. “Tive muita sorte de engravidar em seis meses. Mas fui atendida por dois grandes especialistas, que são o dr. Paulo Serafini e o dr. Eduardo Motta. Eles estão entre os maiores craques em matéria de reprodução humana”, diz.

Ela também se recorda da grande apreensão, que fez parte de todo o pro-

É preciso ter resiliência, porque todo o processo envolve muita ansiedade. Alguns casais podem sentir culpa de terem adiado o momento da gravidez. E tudo isso precisa ser trabalhado

cesso de Fertilização in Vitro. “Eu não podia considerar minha gravidez estável, por conta da idade que eu tinha. Era uma gravidez que envolvia risco de abortamento natural, de malformação do bebê. Mas fui muito bem cuidada ao longo de todo o processo. No final, deu tudo certo”, relembra.

Outras alternativas

Hoje, Sílvia ainda se dispõe a falar do assunto, porque considera que as mulheres estão adiando cada vez mais o momento de engravidar, mas nem sempre se perguntam se um dia poderão se arrepender. “É preciso falar sobre isso. A mulher hoje tem outras alternativas. Pode investir em congelamento de óvulos, por exemplo. E

mesmo quando a decisão é por realizar a Fertilização in Vitro, é melhor começar cedo. Não se pode perder muito tempo tentando a gravidez natural depois de certa idade”, aconselha.

Sílvia também recomenda que as pessoas estejam preparadas emocionalmente para enfrentar o processo. “É preciso ter resiliência, porque todo o processo envolve muita ansiedade. Alguns casais podem sentir culpa de terem adiado o momento da gravidez. E tudo isso precisa ser trabalhado.” A jornalista destaca ainda que é muito importante buscar ajuda de especialistas confiáveis, tanto técnica quanto eticamente. “Faz muita diferença que você tenha uma boa relação com a equipe”, revela.

Especialista em comportamento, a jornalista acredita que as novas técnicas de reprodução assistida poderão mudar a vida da mulher moderna e a própria dinâmica social. “A mulher tem tempo de se estabelecer profissionalmente e não é mais obrigada a engravidar compulsoriamente, desde que se planeje e se prepare para isso. As técnicas de reprodução humana assistida podem, sim, mudar a dinâmica social e empoderar a mulher”, finaliza. •



Sílvia e sua filha
Reprodução do Instagram

NASCEU!

Nosso site está de cara nova

A Huntington tem uma novidade para você: está no ar o nosso novo site, agora muito mais dinâmico, moderno e fácil de navegar, **para que você tenha a melhor experiência desde o primeiro contato.**

NA NOVA PLATAFORMA, VOCÊ ENCONTRA:



Toda informação sobre a gente, nossa equipe multidisciplinar de médicos, embriologistas, enfermeiros e especialistas em Nutrição e Psicologia



Nossos conteúdos sobre os mais importantes temas em torno da fertilidade, em variados formatos.

TAMBÉM PODE:



Agendar consultas de um jeito muito prático.



Realizar tour virtual pelas nossas unidades (São Paulo, Campinas, Brasília e Belo Horizonte).



Para os médicos parceiros, um espaço exclusivo para troca de informações com nossos especialistas.



Acesse e seja
bem-vindo(a)



ESTRESSE E ANSIEDADE: É ESTE O PROBLEMA?

Lidar com a dificuldade de ter filhos pode gerar problemas emocionais no casal. Para manter o equilíbrio, investir em suporte terapêutico pode ser fundamental.

QUANDO UM CASAL tenta engravidar repetidas vezes sem sucesso, apesar de manter uma vida sexual ativa, é comum que o estresse entre em cena. Junto com ele, o clássico conselho de amigos e familiares: “relaxa que a gravidez acontece”. A intenção é de ajudar. Mas frases como esta deixam o casal ainda mais ansioso e, muitas vezes, culpado.

A boa notícia é que não existem evidências que comprovem efetivamente que problemas emocionais impeçam a gravidez – a menos que o nível de estresse atrapalhe a frequência sexual. Também não se pode dizer que dificulte ou impeça que a gravidez ocorra com os tratamentos realizados. Sempre há uma complexidade de fatores envolvidos para que a gravidez ocorra.

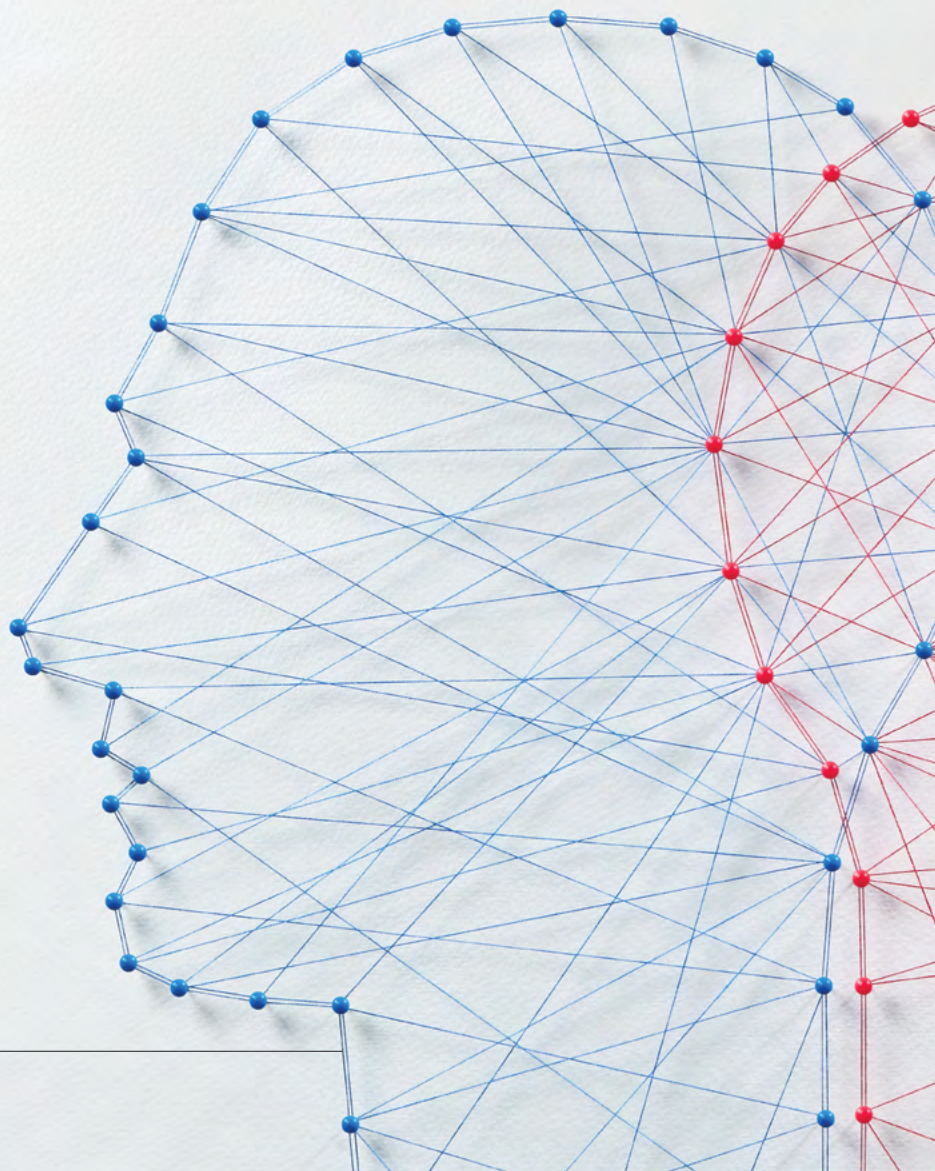
Para a psicóloga dra. Helena Loureiro Montagnini, que atua nas clínicas da Huntington em São Paulo, o estresse faz parte. “A ansiedade e o estresse são consequências naturais da dificuldade de ter um filho. Mas não são a causa da infertilidade. Também não impedem a sua solução. É importante, porém, procurar ajuda especializada para lidar com a ansiedade, especialmente se está acentuada e interferindo de maneira negativa no dia a dia e nos relacionamentos.”

“Tem casais com histórias longas de infertilidade, definição de diagnóstico e tratamentos. Alguns sentem que perderam tempo e lamentam, culpando a si ou aos outros por terem demorado a procurar ajuda especializada. Para minimizar o sofrimento, é importante buscar fontes seguras de informação e saber quando buscar ajuda”, diz a psicóloga.

Cada mulher e cada casal são diferentes. Mas, como regra geral, pode-se dizer que se uma mulher abaixo de 34 anos, depois de um ano de tentativas, com duas relações sexuais por semana, não consegue engravidar, deve buscar uma clínica de reprodução assistida.

A grande maioria dos casais consegue engravidar nesse período. Se a gravidez

Para minimizar o sofrimento emocional decorrente da infertilidade, é importante buscar fontes seguras de informação e saber quando buscar ajuda terapêutica





não ocorre, é indício de que pode haver problemas de infertilidade. Mas, se a mulher tem mais de 35 anos, esperar um ano não é recomendável, porque o tempo é fator importante na reprodução assistida.

Muitas vezes, será preciso superar mitos sobre a reprodução assistida. Nos homens, ainda é comum que se sintam pressionados por exames para atestar sua fertilidade. “Para muitos homens, ser fértil está associado com a ideia de ser viril”, explica Cássia Avelar, psicóloga da Huntington Pró-Criar, em Belo Horizonte.

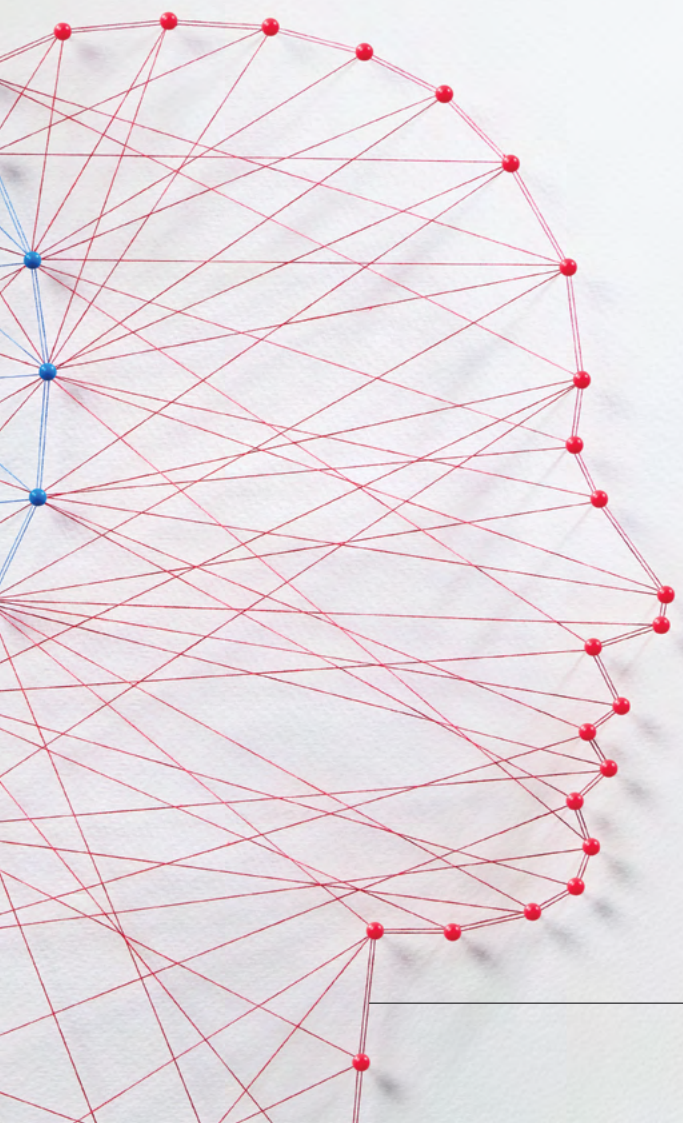
Também o ginecologista deve estar atento, sem postergar os exames para ve-

rificar a saúde reprodutiva dos homens. As chances de haver problemas de fertilidade é a mesma em homens e mulheres. Quando se investiga prioritariamente a mulher, o “peso da culpa” recai sobre elas. Essa demora pode piorar o prognóstico reprodutivo e afetar ainda mais a saúde emocional do casal.

A infertilidade e seus tratamentos impactam emocionalmente o casal, podendo trazer repercussões em vários aspectos de suas vidas. Por isso é tão importante que as clínicas de reprodução assistida recebam esse casal com um acolhimento integral, que inclui suporte psicológico.

Nas clínicas do Grupo Huntington, esse acompanhamento é acessível a todos os casais. O suporte psicoterápico pode ser indicado pela equipe da Huntington para que todo o processo seja mais suave.

“Vale destacar que o sopro da vida ainda é um mistério, o momento de uma vida vir ao mundo está muito além da intervenção humana, diz Cassia, ao lembrar que não tem como precisar o resultado do tratamento, pois cada paciente terá um percurso único. E, ao se deparar com uma tentativa frustrada, é importante a elaboração do luto, para se pensar em perspectivas futuras. •



Superando mitos

1

MULHERES TÊM MAIS PROBLEMAS QUE OS HOMENS

A infertilidade afeta 15% da população mundial. Cerca de 40% dos problemas são verificados nas mulheres, 40% nos homens e 20% em ambos.

2

HOMENS INFÉRTEIS TÊM PROBLEMAS DE VIRILIDADE

Não existe relação entre potência sexual e virilidade com a infertilidade. Homens inférteis podem ter uma vida sexual normal. E homens impotentes podem não ter problemas de infertilidade. O mesmo vale para mulheres com baixa libido.

3

TÉCNICAS DE MEDITAÇÃO E PSICOTERAPIA AJUDAM A ENGRAVIDAR

Elas ajudam a lidar com os conflitos e sentimentos suscitados pela infertilidade e seus tratamentos, contribuindo para a manutenção do equilíbrio emocional, o que permite ao casal viver esse processo de uma maneira melhor. Isso não significa, no entanto, garantia de gravidez.

UMA NOVA FRONTEIRA PARA O EMPODERAMENTO DA MULHER

Por meio do congelamento, as mulheres ganham mais tempo para decidir sobre a maternidade, desde que optem por congelar óvulos na idade correta

“NÃO DEVEMOS OLHAR PARA O ENVELHECIMENTO COMO QUEM OLHA A JUVENTUDE PERDIDA. ENVELHECER É UMA ETAPA DA VIDA, QUE TRAZ OPORTUNIDADES DE TER UMA FORÇA AINDA MAIOR.”

O ensinamento foi dado às mulheres de todo o mundo por Betty Friedan, que no fim da década de 1960 lançou as bases do que hoje chamamos de movimento feminista. Em *A mística feminina*, escrito quando era jovem, Betty Friedan falava da domesticidade forçada da mulher e dos impactos disso nas perspectivas profissionais femininas. Ela viveu para lutar contra isso.

O relógio biológico foi mais cruel com as mulheres do que com os homens. E para a mulher, a decisão de ter filhos ou não sempre teve um prazo de validade, imposto por este relógio biológico. Na década de 1950, não havia nada que se poderia fazer para mudar isso. Mas hoje há. Se na década de 1960, a pílula anticoncepcional deu às mulheres liberdade de viver sua sexualidade, o congelamento de óvulos, agora, cria a possibilidade de adiar a maternidade. Ao fazer isso, abre uma larga avenida no longo trajeto

de empoderamento profissional e social da mulher. Betty Friedan certamente estaria comemorando essa possibilidade se estivesse viva.

Diferentemente dos homens, que produzem espermatozoides férteis a cada ejaculação, a mulher já nasce com a reserva ovariana estabelecida. À medida que envelhece, os óvulos femininos envelhecem também. E a cada ano vivido, a possibilidade de ter filhos vai sendo reduzida, pelo envelhecimento de seu patrimônio reprodutivo.

O que a técnica de congelamento de óvulos faz é dar à mulher um pouco mais de tempo para decidir se um filho é realmente uma escolha na sua vida. Noutras palavras, o congelamento dá à mulher maior liberdade de escolha. Tendo seu patrimônio reprodutivo preservado – através do congelamento de óvulos –, a mulher ganha mais alguns anos para se estabelecer profissionalmente – ou até afetivamente –, antes de decidir se quer mesmo ser mãe.

A dra. Ana Paula Aquino, responsável por coordenar a doação de óvulos na Huntington, adverte, contudo, que esse ganho de tempo será variável, de mulher para mulher. Para assegurar maiores chances de gravidez, é necessário que o procedimento seja feito em uma idade em que a mulher ainda possui uma reserva ovariana de qualidade, preferencialmente até os 35 anos.

“O congelamento não garante que haverá uma gravidez futura. Não há nenhuma

técnica capaz de fazer isso. Mas se uma mulher congela seus óvulos aos 25 anos, podemos garantir que aos 38 ela terá óvulos com a mesma qualidade genética que eles tinham 13 anos antes”, explica.

A dra. Flávia Rocha Torelli, médica especialista em congelamento, que atua na Huntington em Campinas, alerta sobre a importância de aumentar a circulação de informações sobre o tema. “As mulheres estão adiando o momento de tomar essa decisão de ter filhos, em nome de um investimento na carreira profissional. Da mesma forma como planejam sua carreira, devem pensar em planejar sua vida pessoal”, reforça.

Algumas empresas que valorizam a presença da mulher em seus quadros funcionais já entenderam o congelamento de óvulos pode ser a saída. Google e Linked-in são exemplos de empresas que já oferecem o congelamento de óvulos como parte do pacote de benefícios às suas colaboradoras. Nos Estados Unidos, o acesso à preservação da fertilidade tem financiamento público para pessoas cuja fertilidade será permanentemente prejudicada, como tratamento de câncer ou tratamento com hormônios de afirmação de gênero (GAHT). O chamado congelamento social – feito por mulheres saudáveis que não desejam engravidar no momento e congelam seus óvulos para preservar o maior nível de fertilidade presente nos gametas femininos mais jovens – deve ser custeado pelas próprias pacientes.

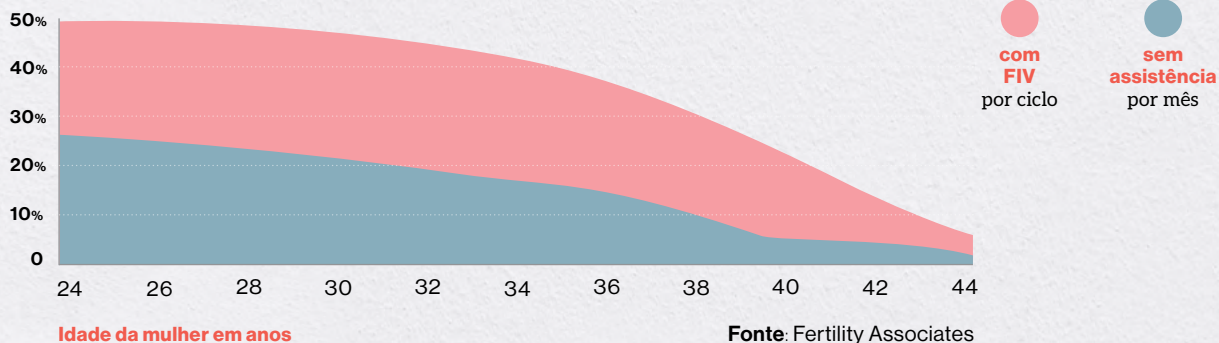


Contribuíram: **dra. Ana Paula Aquino, dra. Flávia Torelli e**

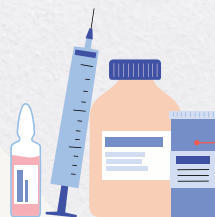


Bruna Camillo de Barros e Raquel Mazzeto

Chance de gravidez com FIV x casais férteis tentando naturalmente

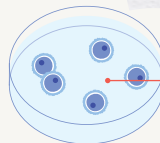


Como funciona o congelamento de óvulos



1. INDUÇÃO da ovulação por meio da aplicação de hormônios

2. ÓVULOS MADUROS são coletados após um ultrassom endovaginal



3. AVALIAÇÃO o material coletado passa então por uma avaliação de sua maturidade



4. CONGELAMENTO em até duas horas, os óvulos são congelados. Os óvulos poderão ser conservados por um prazo indefinido, sem risco de perda de sua qualidade reprodutiva

COMO FUNCIONA O CONGELAMENTO DE ÓVULOS

O procedimento consiste na coleta dos óvulos diretamente do ovário. O primeiro passo é induzir a ovulação por meio da aplicação de hormônios. Os médicos especialistas acompanham, por meio de ultrassonografias, o grau de maturação dos folículos ovarianos. Assim que os óvulos estejam maduros, é feita a coleta. Nesse procedimento, um ultrassom endovaginal orienta o especialista, que utiliza uma agulha para aspirar os óvulos. O material coletado passa então por uma avaliação de sua maturidade e, em até duas horas, os óvulos são congelados. Os óvulos poderão ser conservados por um prazo indefinido, sem risco de perda de sua qualidade reprodutiva. Todo esse ciclo de tratamento dura, no máximo 15 dias – incluído aqui o período de estimulação ovariana. A coleta é feita em ambiente seguro, sem necessidade de internação, e no mesmo dia a mulher poderá retornar à sua rotina normal.

Além de óvulos, a mulher também poderá congelar tecido ovariano, que posteriormente será reimplantado no corpo da doadora, permitindo o desenvolvimento dos gametas. Mas essa ainda não é uma técnica tão bem estabelecida quanto o congelamento dos próprios óvulos.

15 dias é todo o ciclo de tratamento de FIV. Incluído aqui o período de estimulação ovariana.

HÁ RISCOS DE PERDA DOS ÓVULOS CONGELADOS?

Não. Os óvulos retirados dos ovários são submetidos a um processo de vitrificação, uma técnica que preserva a qualidade morfológica e do material genético do óvulo e permite que ele seja utilizado posteriormente por meio da fertilização *in vitro*. O material é preservado em tanques de nitrogênio, em laboratórios próprios. Não existe qualquer risco de perda, por exemplo, em caso de uma pane elétrica. A partir daí, o laboratório se transforma em guardião desse material, que poderá permanecer congelado pelo prazo que a mulher julgar necessário. Ela pode inclusive levar o material para outra clínica, se julgar conveniente. Também poderá descartá-lo ou doá-lo a um familiar, observando, nesses casos, as previsões legais. •



Para quem o procedimento é recomendado

O congelamento de óvulos é indicado para mulheres que não têm intenção de engravidar antes dos 35 anos. Isso garante que os óvulos fiquem preservados com a mesma qualidade de quando foram coletados. Quanto mais jovem a mulher for no momento da coleta, melhor será a saúde de seus óvulos.

Mulheres que passarão por tratamento contra o câncer, uma vez que tanto a quimioterapia quanto a radioterapia afetam de modo relevante a qualidade das células reprodutivas de homens e mulheres.

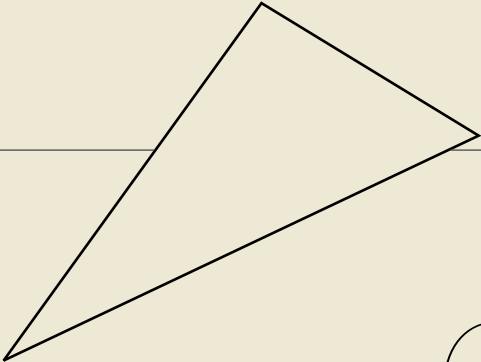
Pessoas trans, que já se decidiram pelo tratamento com hormônios para a afirmação de gênero, antes que o processo de transição seja iniciado.

Você gostou deste artigo?

Tem interesse no assunto e quer saber mais sobre o congelamento de óvulos? Acesse www.trintoucongelou e baixe o e-book #TrintouCongelou, criado para oferecer todas as informações sobre o assunto.

INFERTILIDADE MASCULINA





QUANDO O HOMEM É O SEXO FRÁGIL

Alterações hormonais ou genéticas e doenças como a varicocele são causas comuns da infertilidade masculina, que pode ser tratada com sucesso nas clínicas de reprodução assistida

COMO ERASMO CARLOS JÁ DIZIA, erra muito quem acredita que a mulher é sempre a parte mais frágil de um casal. No que se refere aos problemas de fertilidade, trata-se de uma mentira cabeluda. Homens e mulheres têm chances iguais de apresentarem dificuldades reprodutivas.

De acordo com o dr. Guilherme Wood, que atua na Huntington em São Paulo, as causas da infertilidade masculina são múltiplas, mas a varicocele é a mais frequente. A doença consiste na dilatação das veias que drenam o sangue dos testículos, em virtude de um funcionamento inadequado das válvulas que regulam o refluxo venoso. É parecido com a doença que afeta as pernas, provocando as varizes dos membros inferiores.

Uma varicocele pode se desenvolver tanto em função do mau funcionamento dessas válvulas quanto em virtude de uma compressão de uma veia por uma estrutura próxima. Varicoceles geralmente não apresentam sintomas, mas podem causar um grande estrago na capacidade reprodutiva dos homens. É que a doença provoca a baixa produção de espermatozoides e a diminuição da qualidade do esperma, levando à infertilidade.

A boa notícia é que é perfeitamente possível reparar cirurgicamente os casos de varicocele que apresentam sintomas, o que torna a busca por um especialista muito importante.

Mas a infertilidade masculina pode ser causada por outros fatores, que incluem alterações genéticas ou hormonais. Também pode ser provocada por algum tipo de obstrução dos canais por onde os espermatozoides passam, em sua jornada em direção ao útero feminino. De acordo com o dr. Guilherme, quando um casal não consegue engravidar naturalmente, em 50% dos casos o fator masculino está presente. “Por isso é fundamental que a avaliação do prognóstico reprodutivo seja feita considerando, ao mesmo tempo, a saúde feminina e masculina”, explica.

O especialista lembra que a investigação dos problemas de infertilidade feminina é mais densa, exigindo exames que podem ser incômodos. Já nos homens não. Inicialmente, basta um espermograma.

Para colher o material, os homens buscam as clínicas de reprodução assistida ou um laboratório e, a partir de uma ejaculação induzida por masturbação, faz-se a coleta. Apesar de hoje esse ser um procedimento frequente, há homens que se sentem constrangidos e tentam adiar o exame. “Não há motivos para isso. Há espaços especialmente preparados para que o homem se sinta confortável”, explica o médico.

O medo do julgamento

Muitos homens têm medo de achar em si o problema de infertilidade, valendo-se do mito de que a maioria dos problemas estaria no corpo feminino. Esse mito não tem relação apenas com um machismo estrutural, mas com o fato de que a infertilidade masculina é, frequentemente, assintomática.

Outro mito que assusta alguns homens vem da confusão entre infertilidade e falta de virilidade. “Homens sexualmen-



A partir dos 50 anos, ocorre uma perda de qualidade genética dos espermatozoides, que pode comprometer a fertilidade masculina



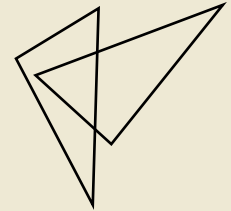
te ativos, que conseguem satisfazer suas parceiras sexualmente, podem ser inférteis. Não existe relação entre performance sexual e infertilidade", esclarece o especialista.

Mesmo quando o homem apresenta problemas para sustentar uma ereção, isso não significa que terá problemas de fertilidade – desde que, obviamente, ele consiga fazer a penetração. Também não passa de mito que homens que se masturbam com frequência tenham, em razão disso, dificuldades para fecundar uma mulher.

Há mitos também envolvendo o volume de ejaculação. Há casos em que está presente uma diminuição de volume de esperma ejaculado e ainda assim há boa concentração de espermatozoides. E noutros, o volume é normal, mas a concentração de espermatozoides é baixa ou até inexistente. A ejaculação precoce, que pode atrapalhar a vida sexual do casal, também não sinaliza que o homem seja infértil.

Os homens, assim como as mulheres, têm optado por uma paternidade mais tardia, o que pode ser um problema, embora bem menos preocupante do que quando é a mulher que decide ter filhos mais tarde. Mas assim como os óvulos perdem qualidade com o passar dos anos, o sêmen de homens mais velhos também pode apresentar espermatozoides com a falta de integridade genética. Percebe-se uma queda da qualidade genética dos espermatozoides em homens a partir dos 50 anos.

Além de visitas frequentes ao médico, os homens devem buscar manter uma dieta saudável –, já que a obesidade provoca desequilíbrio hormonal que afeta a fertilidade –, uma rotina de exercícios físicos e uma boa rotina de sono. Evitar o calor excessivo na região dos testículos também é importante, como no uso de *laptops* sobre as pernas e muitas horas seguidas sobre o banco da bicicleta. Tudo o que faz a vida mais saudável auxilia um homem que sonha em ser pai. •



Os problemas e suas soluções

VARICOCELE

Uso de medicamentos específicos e intervenções cirúrgicas.

OBSTRUÇÕES E INCONFORMIDADES MORFOLÓGICAS

Intervenções cirúrgicas.

ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Tratamento terapêutico e/ou medicamentoso.

VIDA SEDENTÁRIA

Adoção de exercícios físicos como um hábito de vida saudável.

INSÔNIA

Higiene do sono e medicamentos, quando necessário.

OBESIDADE

Alimentação natural, sem abuso de alimentos industrializados ou das quantidades ingeridas.

DISFUNÇÕES QUE IMPACTAM A VIDA SEXUAL

Tratamentos psicoterápicos e, quando indicados, medicamentosos.

Homens sexualmente ativos, que conseguem satisfazer suas parceiras sexualmente, podem ser inférteis. Não existe relação entre performance sexual e infertilidade

Novas regras do CFM para reprodução assistida

A resolução revê os limites de transferências de embriões e muda os padrões éticos para doação de óvulos e espermatozoides.

ESTÁ EM VIGOR desde julho de 2021, a Resolução 2.294/2021 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que estabelece as novas regras que regulamentam a aplicação de técnicas de reprodução assistida no Brasil. A nova resolução revoga automaticamente a Resolução nº 2.168, de 2017, e, entre outras coisas, atualiza os limites de transferências de embriões e modifica os padrões éticos já existentes para doação de óvulos e espermatozoides.

A principal mudança relaciona-se à possibilidade de doação de material genético entre familiares, parentes de até quarto grau consanguíneos, e à permissão de pacientes transgêneros no processo, antes limitado aos casais heterossexuais e homoafetivos.

No que se refere à doação de óvulos, a idade da candidata à doação deve ser menor de 37 anos, em vez do limite máximo de 35 anos, como era anteriormente. Já na doação de espermatozoides, a idade foi limitada para homens de até 45 anos (o que antes era de 50 anos).

A nova resolução também alterou as regras para transferência de embriões. Anteriormente, o limite era de até dois embriões por ciclo de tratamento, para mulheres de até 35 anos; de até três embriões na faixa etária entre 36 e 39 anos, e até quatro para mulheres acima dos 40 anos. Agora, mulheres com até 37 anos podem fazer a transferência de até dois embriões e, acima dessa idade, até três.

No que se refere à formação de embriões, a nova legislação representa retrocessos. Antes, não havia um número de limites de embriões que poderiam ser formados. Agora, são no máximo oito embriões, o que, na prática, pode representar

menos chances de gravidez, especialmente para casais com idade mais avançada.

Além disso, os laboratórios não podem mais informar o sexo dos embriões formados. Assim, a clínica assistente recebe apenas a informação de normalidade ou alteração proveniente da análise cromossômica.

Não houve alterações referentes à cessão de útero, conhecida como “barriga de aluguel”, que continua limitada a pessoas com vínculo familiar de até quarto grau de parentesco, com a condição de que a cessionária tenha um filho biológico vivo.

Esse procedimento é garantido também a casais homoafetivos.

Também segue proibido o envolvimento financeiro na doação de material genético para fins reprodutivos e a barriga de aluguel. É permitido, contudo, que o casal garanta assistência à mulher que emprestou o útero até o puerpério, com custeio de acompanhamento e atendimento médico.

A nova resolução também assegura que as técnicas de reprodução assistida beneficiem pessoas em relacionamentos homoafetivos e pessoas solteiras, sem qualquer tipo de discriminação. •



Precisamos falar sobre fertilidade

#TrintouCongelou

Você sabia que a mulher já nasce com todo o seu estoque de óvulos? Ao longo da vida, a quantidade e a qualidade dos óvulos vão diminuindo, até a menopausa. Essa queda começa aos 30 anos e se acentua depois dos 35 anos.

Por isso criamos a campanha #TrintouCongelou. Para informar as mulheres que ao completar 30 anos, congelar os seus óvulos* pode ser uma ótima opção para manter a qualidade deles. Estamos com você nesta caminhada.

Aponte a câmera do seu celular para o QR Code abaixo e conheça nossa página exclusiva sobre o assunto, com conteúdos sobre fertilidade e como a medicina reprodutiva pode auxiliar mulheres e casais.



* A técnica de congelamento de óvulos não garante a obtenção de uma gestação futura. Ela mantém a viabilidade dos óvulos na época em que foram criopreservados, com as suas respectivas condições de saúde daquele momento. A obtenção da gestação futura dependerá, além da condição dos óvulos, da saúde do aparelho reprodutivo completo. Consulte sempre um especialista.

Acesse a
página especial
**#Trintou
Congelou**





Acreditamos no poder da saúde, da informação e da sororidade.

Você doa seus óvulos, compartilha o seu melhor, e transforma em realidade o sonho da maternidade de uma outra mulher, de uma outra família.

O Programa DOE - Doação de Óvulos e Embriões, do Grupo Huntington, há mais de 12 anos ajuda na realização do sonho de construir famílias.

Para saber mais, entre em contato com a nossa equipe:

Tel: (11) 3059-6100 | R: 6180
Cel: (11) 97296-3293



Acesse a página especial do DOE

