

LUIZ FERNANDO DALE



CRESCER &
MULTIPLICAI-VOS

E SE NÃO DER CERTO?

Tudo que você precisa saber sobre fertilidade

A experiência de mais de 30 anos
em Reprodução Humana

Crescei
&
Multiplicai-vos

Luiz Fernando Dale

ÍNDICE

CAPÍTULO 1 – UMA NOVA ESPERANÇA

CAPÍTULO 2 - BREVE HISTÓRIA DA REPRODUÇÃO HUMANA

CAPÍTULO 3 - DEFININDO FERTILIDADE E ESTERILIDADE

CAPÍTULO 4 - AINDA DÁ TEMPO?

CAPÍTULO 5 - A PRIMEIRA CONSULTA NINGUÉM ESQUECE

CAPÍTULO 6 - SER PAI E SER MÃE: DIFERENÇAS QUE FORMAM A FAMÍLIA

CAPÍTULO 7 - O PASSO-A-PASSO DA AVALIAÇÃO DA SAÚDE FEMININA

CAPÍTULO 8 - O OVÁRIO POLICÍSTICO E SUAS CONSEQUÊNCIAS

CAPÍTULO 9 - O BICHO-PAPÃO DA ENDOMETRIOSE

CAPÍTULO 10 - AS CAUSAS ANATÔMICAS

CAPÍTULO 11 – MIOMAS, PÓLIPOS E CISTOS DE OVÁRIO O QUE FAZER

CAPÍTULO 12 - QUANDO O ESTOQUE CHEGA AO FIM ANTES DA HORA

CAPÍTULO 13 – O DRAMA DO ABORTO DE REPETIÇÃO

CAPÍTULO 14 – O PASSO A PASSO DA AVALIAÇÃO MASCULINA

CAPÍTULO 15 - OLHO VIVO NO ESPERMOGRAMA

CAPÍTULO 16 - VAGINISMO E IMPOTÊNCIA, AS CAUSAS SEXUAIS

CAPÍTULO 17 - MONTANDO O QUEBRA-CABEÇA

CAPÍTULO 18 - INSEMINAÇÃO E FERTILIZAÇÃO, QUAL A DIFERENÇA?

CAPÍTULO 19 – ENTENDENDO A DOAÇÃO DE ESPERMA OU DE ÓVULOS

CAPÍTULO 20 - FERTILIDADE A 196 GRAUS NEGATIVOS

CAPÍTULO 21 - O ÚTERO DE SUBSTITUIÇÃO E SUAS IMPLICAÇÕES

CAPÍTULO 22 - O CÂNCER E A FERTILIDADE

CAPÍTULO 23 - GENÉTICA E FERTILIDADE

CAPÍTULO 24 - MENINO OU MENINA? A NATUREZA DECIDE

CAPÍTULO 25 - DO CLONE AO ROBÔ, O QUE VEM POR AÍ.

CAPÍTULO 26 - A POLÊMICA DA CONCEPÇÃO POST-MORTEM

CAPÍTULO 27 - COMPORTAMENTO DOS CASAIS

CAPÍTULO 28 - CONTAR OU NÃO CONTAR, EIS A QUESTÃO

CAPÍTULO 29 - EM CENA, AS NOVAS FAMÍLIAS

CAPÍTULO 30 - OS BEBÊS DA PONTE RIO-ANGOLA

CAPÍTULO 31 - AS NORMAS QUE REGULAMENTAM O SETOR

CAPÍTULO 32 – PRECISAMOS FALAR SOBRE PLANEJAMENTO FAMILIAR

CAPÍTULO 33 - SERVIÇO PÚBLICO + ESCOLHA DO PROFISSIONAL

CAPÍTULO 34 - E ASSIM SE PASSARAM QUATRO DÉCADAS...

AGRADECIMENTOS

Minha carreira não teria chegado tão longe sem algumas pessoas fundamentais e a elas dedico esse livro.

A minha incansável mulher, Claudia, que literalmente cuida da minha vida, para que eu possa ter concentração em meu dia a dia profissional. Digo que vivo de mesada: como ela se ocupa de tudo que envolve nossa família e nossa casa, só me preocupa em ter, na carteira, dinheiro suficiente para comprar meu almoço e botar gasolina no carro.

Aos meus filhos Marcella, Rafael e Fernanda, que souberam compreender muito da minha ausência pelo trabalho.

Aos meus pais, Manoel e Eleonora, sempre os mais corujas e orgulhosos. Minha mãe guarda até hoje, cada recorte de notícias a meu respeito.

A minha equipe: médicos, biólogos, assistentes, enfim, do diretor ao pessoal que, de madrugada, queima pestanas limpando a clínica. Tenho orgulho de ter uma equipe coesa, que vive intensamente o sucesso e chora os resultados negativos.

A meu sócio, Sergio Simões, pioneiro na ultrassonografia, que, nos idos de 1980, quando cheguei da França, abraçou comigo a ideia da Clínica de Reprodução, e em todos esses anos foi o meu mais incansável parceiro.

A minha bióloga, Patricia Diniz, que trabalha na clínica desde o início. Começou como recepcionista, estudou, investiu em seu talento e, hoje, é chefe da equipe de laboratório, com cursos no exterior, reconhecida no meio como uma das mais experientes biólogas da Medicina da Reprodução.

Aos meus pacientes, um voto de admiração pelo esforço, principalmente emocional, por conseguirem vencer as dificuldades de cada tratamento e, muitas vezes, suportar a dor do insucesso. Confesso que é difícil compreender de onde tiram tanta força para enfrentar a batalha pela chegada de um filho.

Agradeço também as jornalistas Marcela Vigo, Adriana Ayres, Leticia Helena e ao meu amigo Luiz Aviz pelo apoio na realização do sonho de escrever um livro.

CAPÍTULO 1 – UMA NOVA ESPERANÇA

25 de julho de 1978. No Oldham General Hospital, na Inglaterra, nasce mais uma menina. Louise Brown veio ao mundo pouco antes da meia-noite, com 2,6 quilos. Pequeninha no tamanho, mas gigantesca no que significava para a Medicina: nove meses antes, sua mãe, Leslie, fora submetida a uma fertilização in vitro, a primeira bem sucedida da História da Humanidade. A partir dali, milhares de casais no mundo todo tiveram renovadas suas esperanças de gerar filhos.

A família Brown, por exemplo, tentava havia nove anos garantir uma descendência, quando recorreu aos médicos Patrick Steptoe e Robert Edwards, que, desde o início dos anos 60, trabalhavam na área de fertilidade humana. Leslie tinha as trompas de Falópio bloqueadas, o que a impedia de engravidar naturalmente. Com o tratamento proposto pela dupla de médicos teve duas filhas, com intervalo de quatro anos. Edwards, em 2010, ganhou o Nobel de Medicina.

Minha história com a reprodução humana começa dois anos antes de Louise. Recebi meu diploma em 1976 e resolvi fazer pós-graduação em ginecologia, na PUC. O chefe era o médico Ivan Lemgruber, um dos pioneiros no atendimento a pacientes de fertilidade. Era tudo artesanal, não tínhamos ferramentas para ajudar. No máximo, receitávamos um remédio para induzir a ovulação e fazíamos uma cirurgia para reconstruir as trompas, com resultados bem medianos.

Também examinávamos o esperma, mas sem muita coisa a fazer. As inseminações, então... O homem ejaculava numa gaze, recolhia numa seringa e introduzia no colo do útero da mulher. Hoje não consigo entender muito bem como funcionava. Mas funcionava. Nessa época, tive a sensação de que precisava inovar. Adorava cirurgia e hormônios? Que especialidade juntava as duas?

Justamente a medicina de reprodução, na época chamada de endocrinologia reprodutiva.

A cirurgia, a esta altura, já era uma velha conhecida. No 2º ano de faculdade fui trabalhar no Hospital Miguel Couto, na Zona Sul do Rio. O chefe do plantão, Roberto Sertã, me convidou para auxiliá-lo nas cirurgias. Durante cinco anos, segui a rotina de acordar às 5h, para, uma hora depois, já estar na sala de cirurgia.

Quando fiz a opção pela endocrinologia reprodutiva, resolvi ir atrás do meu sonho. Escrevi para três médicos franceses, que me ofereceram estágios não remunerados. Escolhi a equipe de Jean Cohen, professor da Faculdade de Medicina de Paris, um especialista em ascensão. Foram dois anos e dois meses lá. Anos depois, Cohen se tornaria presidente da Sociedade Francesa de Medicina de Reprodução e presidente da Sociedade Europeia de Reprodução Humana e Embriologia. Meu mestre faleceu em 2007.

Voltando à vida de estudante em Paris: pela manhã estagiava no Hospital de Sèvres, no subúrbio de Paris, fazendo atendimentos e auxiliando cirurgias. À tarde, trabalhava numa clínica privada, nos arredores do Champs Élysées, onde pesquisava e estudava. Um dia, Cohen anuncia, na reunião do hospital, que os ingleses tinham conseguido fecundar um óvulo fora do corpo e, graças a essa técnica, uma mulher engravidara. Nem ele conhecia bem os detalhes, porque os ingleses haviam trabalhado em segredo. Suas experiências eram desconhecidas.

Em busca da resposta, fui de carona com Cohen até a Inglaterra, para ouvir as explicações de Steptoe e Edwards. Com os ingleses, começava a “era dos bebês de proveta”. No Brasil, rendeu até marchinha de carnaval. Valeu pela brincadeira, mas a fertilização nunca foi feita em provetas e sim nas chamadas placas de Petri, um recipiente cilíndrico e achatado muito usado em laboratório para a cultura de microrganismos.

Segredo revelado, era hora de botar a técnica em prática. No início de 1979, a fertilização in vitro já estava incorporada aos procedimentos do Hospital de Sèvres, em parceria com o Hospital Saint Antoine, no Centro de Paris. O alto custo do tratamento ficava

por conta do governo da França. Mas, sem equipamentos de diagnóstico e dispondo apenas de uma tecnologia muito rudimentar, a criatividade era a nossa principal aliada. Cansei de atravessar Paris carregando garrafas térmicas com óvulos mantidos a 37 graus, que seriam fecundados na clínica onde o marido colhia o sêmen. Uma espécie de corrida maluca pela vida, que garantiria bebês a muitos casais.

Depois de três anos, recebi alguns convites para ficar na França. Pensei muito, mas concluí que era melhor ter a possibilidade de uma posição de destaque aqui do que ser mais um médico lá. Começaria do zero em um mercado quase virgem. Em 1980, abri o primeiro consultório, mas me virava como podia para garantir o sustento. Fazia partos, atendia em planejamento familiar. Durante alguns anos trabalhei em um programa de planejamento familiar para casais carentes, sem acesso a novas tecnologias. E, pouco a pouco, batalhava para reconhecer a especialidade da Medicina da Reprodução.

Alguns poucos pioneiros tentavam, com poucos recursos, iniciar a prática da reprodução assistida. O primeiro passo foi difundir a ideia de que infertilidade não é um problema da mulher ou do homem, mas sim do casal. Na Europa, ginecologistas e urologistas já trabalhavam juntos, mas, aqui, ainda se investigava primeiro a saúde da mulher. E, não raras vezes, a desconfiança de que o problema podia ser masculino punha fim ao diálogo médico/paciente.

Esse trabalho de formiguinha só ganharia corpo a partir de 1984, com o nascimento da primeira brasileira oriunda de uma fertilização *in vitro*, a curitibana Ana Paula Caldeira. A bem sucedida experiência do médico Milton Nakamura ajudou a popularizar a técnica. A partir daí, os casais começaram a procurar ajuda com mais frequência e foi possível abrir a primeira clínica do Rio.

De minha parte, também desbravava o caminho, adaptando as tecnologias que aprendera na França à nossa realidade. Creio ter trazido o primeiro aparelho de laparoscopia, sondas de inseminação, meios de cultura e até medicamentos, como o Utrogestan, que hoje se encontra em qualquer farmácia. O mercado nacional não oferecia quase nada em termos de produtos e equipamentos.

Os resultados apareceram. O primeiro nascimento por fertilização in vitro da cidade foi feita na clínica, bem como o primeiro tratamento com nascimento de quádruplos. Com novas tecnologias, surgiu a geração dos trigêmeos e dos gêmeos. A primeira gestação no Brasil de uma mulher com mais de 50 anos, que usou óvulos doados, é outra de nossas proezas.

O fato é que poucas áreas da Medicina evoluíram tanto em tão pouco tempo. Hoje, trabalho com óvulos doados, útero de substituição, diagnóstico genético pré-implantacionais, pareamento gênico de um embrião para futuro transplante entre irmãos, gravidez em homoafetivos... Não acredito que pare por aí, pois o que sequer imaginava no começo simplesmente virou realidade. Então, o que ainda não passa pela minha cabeça, vai se concretizar no futuro. Minha especialidade, além de proporcionar uma alegria a casais sem filhos, pode, com sua tecnologia e conhecimento, resolver situações que facilitem a vida do ser humano.

Ao lado das explicações sobre tecnologia médica, compartilho um pouco da experiência de quem iniciou a vida profissional simultaneamente à evolução da especialidade. São 38 anos vivendo a reprodução humana. Por isso, vocês observarão que, ao longo do livro, voltarei diversas vezes à questão da idade da mulher. Ao longo dessas quatro últimas décadas, a popularização de nossa especialidade também serviu para divulgar informações erradas a respeito da Medicina de Reprodução.

O crescimento exponencial da especialidade e as técnicas cada vez mais modernas ajudaram a difundir a impressão incorreta de que, qualquer casal, no momento em que decidir engravidar e independentemente da dificuldade que tenha, conseguirá a gestação num passe de mágica. Isso não é verdade. Ainda não conseguimos vencer a natureza. A diminuição da fertilidade com a idade da mulher é implacável. Pior: não sabemos por qual mecanismo estes óvulos são afetados. Portanto, não temos ferramentas para reverter estes efeitos.

Não é à toa que sempre faço um alerta: óvulos têm prazo de validade. Essa talvez seja a primeira explicação aos pacientes que entram no consultório com a clássica pergunta: “Doutor, por que não

consigo engravidar?” O objetivo deste livro é justamente responder a essa pergunta e permitir a quem quer ter filhos caminhar com segurança pela Medicina de Reprodução, desde o diagnóstico até o tratamento adequado para cada caso.

Saber quando é hora de procurar um especialista, que tipos de problemas causam infertilidade e quais as opções de procedimentos que há no mercado. O livro também pretende tratar das cada vez mais complexas questões ligadas à bioética. Posso usar o sêmen colhido do meu marido antes de ele morrer? Minha irmã pode engravidar por mim? É legal escolher o sexo do bebê? Consigo comprar um óvulo? As respostas estão aí, passo a passo.

CAPÍTULO 2 - BREVE HISTÓRIA DA REPRODUÇÃO HUMANA

Se o nascimento de Louise Brown, em 25 de julho de 1978, é um marco na moderna história da reprodução assistida, cabe lembrar que as questões relativas à fertilidade humana já apareciam na mitologia greco-romana e nos livros sagrados de diversas religiões. Minerva, por exemplo, nasceu da cabeça de Zeus. Marte também teria sido concebido sem pai, apenas pelo fato de sua mãe, Juno, ter tocado em uma flor mágica. Na Bíblia, Sara engravidou pela vontade de Deus aos 90 anos. A mãe de João, Isabel, já era idosa quando teve seu filho, após receber um comunicado de Deus.

A História também está repleta de exemplos de como a fertilidade, ou melhor, a infertilidade, pode afetar os destinos de um povo. O caso mais célebre é o do rei da Inglaterra Henrique VIII. Ele fundou a Igreja Anglicana – num cisma com a Igreja Católica – justamente para poder se divorciar sucessivamente até encontrar uma esposa que lhe garantisse um herdeiro. Queria assegurar a permanência da dinastia Tudor no trono.

À luz da ciência, porém, o primeiro registro de inseminação artificial é do século XIV, quando cientistas árabes fizeram uma experiência com equinos. Oficialmente, porém, somente em 1779, um italiano conseguiu uma inseminação bem sucedida. Lázaro Spalanzani colheu o esperma de um cachorro, aplicou em uma cadela no cio e conseguiu a gestação de três filhotes.

Coube a um inglês, no fim do século XVIII, empregar a técnica em humanos, com resultados positivos. Por sinal, até o nascimento de Louise Brown, a inseminação artificial era o procedimento mais moderno para tratar casais com infertilidade, embora os resultados fossem pouco animadores.

No século passado, a partir da década de 60, a reprodução humana começa a ganhar força no mundo todo, com os cientistas trabalhando em diversas frentes, procurando desvendar o enigma da reprodução

no ser humano. Foi nesse contexto que Robert Edwards e Patrick Steptoe ajudaram o casal Brown a conceber Louise.

Tecnicamente falando, reprodução assistida é a área da Medicina de Reprodução em que manipula-se o espermatozoide (inseminação artificial) ou manipula-se óvulos e espermatozoides (fertilização in vitro).

Nestes últimos 40 e tantos anos, muitas técnicas e procedimentos surgiram prometendo revolucionar a Medicina de Reprodução e logo depois desapareceram, por serem ineficazes. Mas a ciência marcha assim. Entre erros e acertos, chegou ao objetivo. E, mal ou bem, na nossa especialidade, passamos da idade das cavernas ao pouso na lua.

Para nós, que trabalhamos com reprodução humana, as novidades não param. A taxa de sucesso também não. Nos anos 80, apenas 5% das tentativas de conceber um bebê fora do método tradicional eram bem sucedidas. Hoje, estamos em 40%, e não tenho dúvidas de que, neste momento, cientistas trabalham para esse número ser ainda maior. Lógico que sempre haverá a limitação natural do organismo humano, mas os avanços da Medicina, em especial nos últimos 30 anos, parecem apontar para um futuro cada vez mais promissor.

CAPÍTULO 3 - DEFININDO FERTILIDADE E ESTERILIDADE

Quando um casal chega ao consultório, trato logo de explicar duas palavrinhas: infertilidade e esterilidade. Numa definição bem simples, infertilidade é a dificuldade de engravidar, que pode ser temporária ou definitiva. Esterilidade é a impossibilidade de engravidar. Estatísticas provam que um casal a cada sete, na faixa etária dos 30 aos 34 anos, tem problemas de fertilidade. Na faixa dos 35 aos 39, a proporção é de um para cinco. Dos 40 aos 44, de um para quatro.

Também podemos listar os principais obstáculos para engravidar que aparecem no consultório. Endometriose (28%), deficiências no esperma (21%), dificuldades na ovulação (18%), lesão tubária (16%), dificuldades sexuais (6%), problemas masculinos (6%) complicações no colo do útero (3%) e causas inexplicáveis (2%) são os maiores problemas com que nos deparamos.

A espécie humana, em condições normais, tem um grau baixo de fertilidade. Gosto de contar uma historinha. Quando o lá de cima fez a Terra, decidiu criar o ser humano. Mas, naturalmente, o homem e a mulher precisaram comer. Então, ELE criou a vaca, espécie que tem uma taxa de fertilidade em torno de 90%. E como transportar o alimento? Bom, surgiu o cavalo, que tem um índice de fertilidade de 70%. Mas se os humanos se reproduzissem sem controle, o planeta ficaria insustentável. Então, nossa taxa de fertilidade ficou entre 30% e 40%. Traduzindo: essa é a probabilidade de um casal sem problemas engravidar a cada ciclo.

A taxa de fertilidade foi uma das causas principais para o desaparecimento de muitas espécies. O panda, por exemplo, possui uma taxa de fertilidade que não ultrapassa 10%. As fêmeas têm três dias de fertilidade por ano e o macho possui baixo apetite sexual. Resultado: a espécie está em extinção. Na China, há centros de reprodução para tentar garantir uma sobrevida a esse símbolo das campanhas de preservação. Fábulas à parte, quem recorre à

reprodução assistida deve saber que, apesar dos avanços tecnológicos, ainda não fazemos milagres. No máximo, conseguiremos chegar a esses 30% ou 40 % que são o padrão da raça humana. E, posso assegurar que dizer não a um casal é um dos momentos mais dramáticos de nossa especialidade.

Então, infertilidade é quando um ou mais problemas somados configuram uma dificuldade para engravidar. Exames ajudam a formar o diagnóstico. Estudo o óvulo, o espermatozoide e a anatomia, ou seja, o caminho que as células reprodutoras feminina e masculina percorrem (útero e trompas) para se encontrar. Com essa análise, segue para o tratamento que pode ser clínico, cirúrgico ou em laboratório.

Já a esterilidade é a impossibilidade de um indivíduo de se reproduzir. Pode ser um homem que não produz espermatozoides ou uma mulher que não ovula ou não tem útero. Num casal, basta um desses fatores para se diagnosticar a esterilidade. De nada adianta, por exemplo, ter útero e espermatozoide e não ter ovário.

Mas, mesmo nestes casos, já há luz no fim do túnel. São os chamados tratamentos de substituição. De acordo com o caso, pode-se recorrer a um banco de sêmen, a uma doação de óvulo ou a um útero de substituição. Desta forma, abrimos a possibilidade de o casal ter o sonhado filho, ainda que com algum elemento substituído.

Lógico que, para alguns, talvez pareça incoerente se valer desse tipo de recurso para gerar uma criança. Mas é preciso imaginar que, nesses casos, o filho se torna uma construção psicológica. Atendi a um casal que precisou recorrer a banco de sêmen, a óvulo doado e útero de substituição. E ainda precisou de autorização do Conselho Regional de Medicina, porque a norma vigente hoje impede o tratamento em mulheres de mais de 50 anos, e a paciente tinha 53. Ela fora mãe muito jovem e ele, aos 60 anos, não tinha filhos. Depois de uma avaliação psicológica rigorosa, consegui o aval do Conselho. Fiz o tratamento e o casal realizou seu sonho.

Ao longo dos meus 40 anos de exercício profissional, aprendi a não questionar os desejos de cada um e a não criticar um sentimento que não sabemos como é na realidade. Meu limite são as condições de

saúde – física ou mental - dos candidatos à paternidade. Neste caso, o filho será o fruto de um desejo tão forte da maternidade/paternidade que venceu a barreira aparentemente intransponível da natureza.

CAPÍTULO 4 - AINDA DÁ TEMPO?

Se eu fosse fazer uma estatística, diria que 99,9% dos casais que entram no meu consultório têm duas frases na ponta da língua: “doutor, quero ter um filho” e “ainda dá tempo?” Pois é, o relógio biológico figura como um dos principais motivadores – senão o principal – para os casais procurarem um especialista. Aqui, tenho uma boa e uma má notícia. A má é que, quanto maior a idade, maior será a dificuldade da mulher para engravidar. A boa é que a ciência vem trabalhando incessantemente para driblar a curva do tempo e já há métodos preventivos que podem ser usados precocemente, sem chegar lá frente com poucas opções de tratamento.

A mulher vem ao mundo com cerca de 200 mil óvulos. Terá durante o período reprodutivo em torno de 500 ciclos menstruais. Por que tantos óvulos para poucos ciclos? Ao entrar na puberdade, o ovário passa a oferecer centenas de óvulos a cada ciclo menstrual. Apenas um deles é recrutado para ovular. Os outros são eliminados. Ou seja, aos poucos, o estoque vai diminuindo. Não importa se a mulher está grávida ou usando pílula anticoncepcional, duas condições que bloqueiam o hormônio que recruta os óvulos: o ovário não para de fornecer a sua oferta mensal. Em resumo, o ovário inicia seu trabalho na puberdade e termina quando o estoque de óvulos acaba, ou seja, na menopausa.

Por razões que a Medicina ainda não consegue explicar, os óvulos, com o passar do tempo, ao contrário do esperma, perdem a qualidade e a capacidade de serem fecundados. Também aumenta a incidência de defeitos genéticos, que podem levar ao aborto ou à má formação fetal. Isso acontece tanto na natureza quanto no laboratório. Então, tentar um filho aos 35 será muito mais difícil do que aos 30 – e muito mais fácil do que aos 40. A solução? Congelar os óvulos aos 25. Mas isso é assunto para um próximo capítulo.

A conta é fundamental para responder a uma pergunta muito frequente: quando procurar um especialista? Em geral, após um ano de tentativas – ou seja, de relações sexuais sem o uso de método

contraceptivo – o casal deveria buscar ajuda. Aí, novamente, entra o fator relógio biológico. Para uma mulher de 30 anos, um ano de espera faz muito menos diferença do que para uma de 40. Aos 40, o prazo de tentativas poderia ser menor, já que a idade comprometerá o resultado. Pela experiência em consultório posso dizer que o ideal é que o casal, no momento em que se preocupa com o fato, procure um especialista, ao menos para compreender o que estaria acontecendo e para saber se já é hora de intervir.

Frequentemente, pacientes relatam que ouviram conselhos como “é psicológico”, “você está ansioso”, “tente um pouco mais” ou “meu ginecologista disse que comigo está tudo bem”. Acredite: a Medicina da Reprodução se ocupa com seriedade e conhecimento científico dessas questões. Portanto, somente um profissional especializado poderá avaliar se já está na hora de pesquisar a dificuldade para engravidar e de propor um tratamento, caso haja algo errado.

Agora, se você já está ouvindo o tique-taque do relógio biológico e não está conseguindo engravidar, então chegou a hora de procurar ajuda. Por isso, apesar da complexidade da vida moderna, em que, muitas vezes, o casal espera estar estabilizado profissional e financeiramente, ter comprado a casa própria e curtido a vida sem as preocupações naturais trazidas pelos filhos, eu tenho um conselho simples: não adie esse momento. Lembre-se: o útero não tem idade, mas o ovário tem prazo de validade.

CAPÍTULO 5 - A PRIMEIRA CONSULTA NINGUÉM ESQUECE

Muito bem, o casal está na minha frente. O prazo para engravidar pelo método natural já se esgotou e nada. Não raras vezes, eles relatam que já fizeram exames e consultas, sem um diagnóstico. Infelizmente, sou forçado a dizer que perderam um tempo precioso em avaliações não especializadas. Ou foram atendidos separadamente – ela pelo ginecologista, ele pelo urologista – ou procuraram um profissional que também faz Medicina de Reprodução, mas cujo foco não é exclusivamente tratar casais com problemas para gerar um filho.

Então, na conversa inicial, preciso obter um panorama da saúde dele e dela, bem detalhado. Meu questionário inclui informações sobre ciclos menstruais, cirurgias prévias, doenças em geral (e, em particular, as sexualmente transmissíveis), problemas ginecológicos, medicações em uso, passado de gravidez, parto e abortos e traumas no testículo, entre outras perguntas.

Neste primeiro encontro, em geral, um tema delicado é a vida sexual do casal. Ainda não está estabelecida a cumplicidade médico/paciente para abordar o assunto. Recorro a um estratagema: quando solicito o exame do esperma, peço que seja feito a partir da frequência sexual do casal, isto é, se eles têm duas relações por semana, o intervalo médio seria de três dias. Então, a análise do sêmen deve seguir essa periodicidade.

Quando faço essa proposta, surge a brecha para falarmos da vida sexual. Muitas vezes, o casal aborda o assunto espontaneamente. Se isso não acontece, é preciso respeitar a privacidade do paciente e aguardar uma nova oportunidade. Em geral, a causa do problema não está aí. Ao contrário: muitos revelam que cumprem verdadeiras maratonas sexuais no período ovulatório, em busca da sonhada gravidez.

Se o casal fez algum tratamento prévio, analiso as técnicas utilizadas e os resultados. Esta é realmente uma questão crucial. Um grande número de pacientes chega ao consultório com uma bateria de exames prontos. Eles contam que, em outras consultas, foram informados de que nada havia de errado com as imagens. Mesmo assim, tentaram um ou mais tratamentos, sem sucesso. Ficam perdidos.

E eu me pergunto: como é possível tratar alguém sem saber o que estamos tratando? A resposta é simples. Com muita frequência, me deparo com laudos que não correspondem às imagens, com exames mal realizados e até com análises que não foram solicitadas, porque o médico não viu necessidade. Só para deixar bem explicada: infertilidade sem causa aparente acomete menos de 2% dos casais.

Portanto, a etapa seguinte à primeira consulta está relacionada aos exames. Se o casal está iniciando o processo, fará uma série de exames. Se já têm alguns resultados, vejo o que precisa ser refeito e o que terá que complementar. Independentemente da indicação, trabalho com base na análise das três áreas que entram em jogo na fertilidade: esperma, óvulo e anatomia. Para o esperma, fazemos o espermograma. O óvulo é avaliado pela dosagem dos hormônios e pelo aspecto do ciclo menstrual. A anatomia seria vista na histerosalpingografia (raio-X das trompas).

O encontro inicial tem outro aspecto de suma importância, que é o emocional. É uma entrevista por vezes demorada, pois as histórias podem ser longas. É preciso dar atenção a todos os detalhes. Mais do que isso, o casal precisa estabelecer uma relação de confiança com o médico. Afinal, eles deverão deixar no consultório o peso da dificuldade que enfrentam, para que a equipe da clínica assuma a tarefa. É como se o casal dissesse:

- Confio em você. O problema agora está em suas mãos, resolva por nós!

Imagine o tamanho da responsabilidade. No curso normal da vida, não há casal no mundo que imagine se defrontar com a infertilidade. Casar e ter filhos são decisões naturais. Alguns usam anticoncepcionais, outros querem voltar da lua de mel grávidos. A

cada mês que passa e a menstruação chega, o casal vai criando expectativas. A mulher tem uma sensação física, vivência do sangramento. Fica mais vulnerável e a decepção por não engravidar, pode ser mais contundente. Então, na conversa inicial, acima de tudo, preciso avaliar, o mais brevemente possível, como esta dificuldade afeta o casal. E, com todo o embasamento científico possível, chegar ao diagnóstico e montar um plano de ação.

Bom, aqui, um parêntese. Não raras vezes, nesses exames, femininos e masculinos, nada aparece de anormal. Já tive casos de pacientes que simplesmente não mantinham relações sexuais. Em outras situações, lidei com casais formados por uma mulher com problemas de frigidez e um homem com ejaculação precoce, uma combinação bastante comum. Mais adiante, tratarei especificamente das causas sexuais da infertilidade. Nessas horas, mais do que o conhecimento em reprodução assistida, é preciso ter cuidado para orientar o casal e traçar um plano de ação multidisciplinar, que envolva, naturalmente, um atendimento psicológico.

Há dois fatores outros que podem influenciar, ainda que temporariamente, a fertilidade do casal: ansiedade e pressão. É bastante comum receber homens e mulheres que, após constatarem não ter problema algum, retomam a vida matrimonial com mais leveza e acabam engravidando sem auxílio médico. Felizmente, nas últimas décadas, a reprodução assistida deixou de ser tabu. Quando comecei a atender, no início dos anos 80, os raríssimos pacientes que procuravam ajuda faziam questão de manter tudo escondido. Tanto que, até hoje, eu nem sequer sei o nome do primeiro bebê oriundo de uma fertilização in vitro feita na clínica, em 1988. Os pais simplesmente sumiram e não deram notícias. Soubemos depois por terceiros que a gravidez fora diante e que se tratava de um menino.

Em qualquer circunstância, o casal precisa estar emocionalmente forte e equilibrado para iniciar uma família vencendo os obstáculos que impedem a natureza de agir. A parceria de emoções, a cumplicidade de decisões e o apoio mútuo serão as armas para enfrentar as adversidades. Por isso, torna-se vital que homem e mulher sejam vistos como uma só pessoa, um único paciente.

Em resumo: a primeira consulta, acima de tudo, é fundamental para se estabelecer um vínculo médico/paciente. O casal deve sair dela, entendendo o que está ou estará fazendo daí para frente. O conhecimento de como a fertilidade humana funciona, onde estarão os impedimentos e as formas de vencê-los são o segredo da cumplicidade que se dará deste momento em diante. Os pacientes precisam ainda compreender a limitação do conhecimento atual e da natureza: não somos deuses.

CAPÍTULO 6 - SER PAI E SER MÃE: DIFERENÇAS QUE FORMAM A FAMÍLIA

Numa linha do tempo da Medicina Reprodutiva, podemos considerar um grande salto o momento em que o casal passou a ser atendido conjuntamente. O diagnóstico ficava muito mais difícil. Apesar dessa cumplicidade, não podemos ignorar que homens e mulheres têm sensações diferentes. Do lado masculino, o momento inicial da paternidade possui um distanciamento emocional, já que o embrião não está em seu corpo. O homem nem sabe o dia que concebeu.

O momento inicial da paternidade é desprovido de emoção. A barriga da mulher vai crescer, ela verá o bebê sair dela e o alimentará em seu seio. Ao homem, restará dar o suporte psicológico à futura mamãe e contribuir com a alegria de ganhar um herdeiro. Essa sensibilidade é pela parceira e não pela sensação corporal própria.

Nossa paternidade é adquirida, principalmente a partir do nascimento do bebê. Esse conceito, porém, só ficou claro para mim quando tive minha primeira filha. Durante a gravidez, eu acreditava que seria a maior emoção de minha vida. Mas, na hora do parto, nada. Pensei, “bom, já fiz muitos partos, muitas cesarianas, é uma coisa corriqueira”. Com o passar dos anos, entendi que a relação entre pai e filho era construída no dia-a-dia.

Tive mais dois filhos e nada. Um dia após a chegada da caçula, entrei na maternidade e percebi a felicidade de minha mulher ao amamentar a menina. Só me restou a inveja de saber que jamais teria aquela sensação tão visivelmente prazerosa. Ao longo da vida dos meninos, fiz questão de ser um pai participativo e presente, acompanhando cada etapa da vida dos três. E fui adquirindo a paternidade com esta convivência.

Com a mulher, tudo funciona de forma diferente. A maternidade está dentro dela. Ela precisa viver o crescimento do bebê na barriga, o

parto, a amamentação. É um fato inerente à sua condição de mulher. Caberá a ela nutrir o bebê por nove meses. Todas dizem que não há palavras para descrever o primeiro momento em que sentiram o filho mexendo na barriga ou sugando o leite no seio.

Esse instinto animal de procriar ainda é reforçado pelas convenções sociais. A menina nasce, mal aprende a andar e alguém já lhe bota uma boneca nos braços. Com dois anos, ela adora empurrar um carrinho de bebê. As bonecas, filhas imaginárias, fazem parte de toda a primeira idade. Ao longo da vida, a questão da maternidade será mais e mais incutida. Até nas broncas, ouve-se: “você vai ver quando for mãe”. Com os meninos é diferente. Eles lidam com carros, bonecos interplanetários, heróis, mas não brincam de família, não fingem que são pais de bonecas. Logo, a paternidade passa ao largo da criação de meninos.

Não é difícil imaginar o baque de um diagnóstico de infertilidade para a mulher. O médico chega e diz: “você não pode cumprir o destino que lhe foi traçado desde cedo. Você foi preparada para ser mãe, mas não vai ter condições”. O efeito é devastador. Num primeiro momento, haverá uma natural revolta. Depois, uma necessidade desesperada de tentar dar a volta por cima.

Acredito que a maternidade é inata, vivida apenas pela mãe. A paternidade, ao contrário, é adquirida, com a vivência e a convivência.

CAPÍTULO 7 - O PASSO-A-PASSO DA AVALIAÇÃO DA SAÚDE FEMININA

Na reprodução humana, a mulher contribui com dois elementos. O ovário – e, em consequência, a ovulação e produção hormonal - e a anatomia, ou seja o caminho (vagina, útero e trompas) que óvulo e espermatozoides vão percorrer para se encontrar.

Então, para avaliar a saúde da mulher é preciso entender como funciona o organismo feminino. A mulher nasce com 200 mil óvulos em cada ovário. Eles serão liberados ao longo de cerca de 500 ciclos menstruais. Ao fim de cada ciclo menstrual, o ovário disponibiliza óvulos, que serão utilizados no período seguinte.

No início do ciclo, durante a menstruação, o hormônio FSH, produzido pela glândula hipófise (na base do cérebro), começa a ser secretado. Ele agirá no ovário, selecionando um óvulo que irá se desenvolver até ovular. Os outros óvulos que foram disponibilizados se deterioram . Então, mensalmente, há um gasto de óvulos, para que apenas um evolua e seja usado. As células em volta do óvulo se expandem formando um pequeno cisto. Este óvulo continuará aderido à parede do folículo, até algumas horas antes da ovulação.

O folículo produz quantidades crescentes do hormônio estradiol, que prepara o organismo para uma futura gravidez. Ele aumentará a secreção de muco no colo do útero, para facilitar o percurso dos espermatozoides da vagina ao útero. O estradiol também estimula o crescimento do endométrio, aonde o embrião irá se fixar.

Neste momento, aparece um segundo hormônio, o LH. Ele aumenta subitamente e provoca a ovulação. O óvulo é ejetado do folículo e será captado pela trompa. Após a ovulação, as células do folículo, além do estradiol, passam a produzir progesterona, tornando o endométrio receptivo à chegada do embrião, se houver concepção, seis dias depois.

A progesterona também vai coagular o muco do colo do útero, impedindo a entrada de mais espermatozoides.

Se a gravidez acontecer, o hormônio HCG, produzido pela placenta, manterá o ovário produzindo Estrogênio e Progesterona até a 10^a /11^a semana de gestação. Quando a concepção não ocorre, não há o HCG, o estradiol e a progesterona deixam de ser produzidos, o endométrio não mais se sustenta e é eliminado. Em resumo: menstruação é o endométrio com o sangue eliminado pelos vasos que o irrigam. O processo recomeça do zero. O ciclo considerado habitual tem 28 dias. A 1^a fase, até a ovulação, tem 14 dias. A segunda, da ovulação à menstruação, tem outros 14 dias.

Numa conta simples, se o ciclo foge dos tradicionais 28 dias, talvez indique que algo está errado. De maneira geral, mulheres com períodos regulares não têm problemas de ovulação. Podem apresentar, aqui ou ali, alterações deste ou daquele hormônio. Mas estimo que 90% da ovulação são adequados, se a mulher menstrua com regularidade. Já as pacientes com ciclos irregulares tendem a ter alguma alteração na qualidade da ovulação ou mesmo não ovulam.

Mesmo com ciclos mais longos ou mais curtos, se são regulares, a primeira coisa a se pensar é que a ovulação é normal. Em ciclos curtos regulares, a ovulação ocorre mais cedo, pois a segunda fase terá os mesmos 14 dias. Em ciclos longos, a ovulação é mais tardia, mas a segunda fase também sempre terá 14 dias.

Toda essa explicação serve para entender que é preciso saber a hora exata de pedir o estudo hormonal, um passo importante na avaliação da saúde feminina. A maioria dos hormônios deve ser dosada durante os três primeiros dias da ovulação. Apenas a progesterona é diferente: ela só começa a ser produzida na ovulação. Fazemos a dosagem com oito dias da ovulação, exatamente no auge da produção.

Outros hormônios – como os da tireoide e a prolactina – também influenciam no ciclo menstrual. A prolactina é o hormônio ligado à amamentação, mas, às vezes, está em níveis anormais fora desta condição, causando uma disfunção de outros hormônios que induzem a ovulação. Mulheres com prolactina alta não ovulam – em

consequência, podem não menstruar, e o problema saltará aos olhos. O problema é que algumas pacientes têm ciclos regulares e pequenos desajustes nos níveis de prolactina, que, às vezes, causam disfunções e interferem na fisiologia hormonal. Em consequência, alteram a normalidade do processo de ovulação.

Ainda na questão dos hormônios, encontramos um agravante em pacientes obesas. As células de gordura metabolizam o hormônio feminino. Em excesso, isso leva à falta de ovulação.

Comprovadamente na mulher obesa podemos ter distúrbios de ovulação, infertilidade e até ausência de menstruação. Para restabelecer esse delicado equilíbrio hormonal, o primeiro passo é emagrecer.

Outro exame que nos ajuda no diagnóstico é a ultrassonografia. A imagem nos mostrará o folículo em crescimento e o seu desaparecimento, confirmando a ovulação. O resultado da ultrassonografia e das avaliações hormonais nos dará as informações necessárias sobre a ocorrência e a qualidade do processo ovulatório.

Após a análise do óvulo e da ovulação, é hora de checar a anatomia. Por meio de exames de imagem, é possível percorrer o caminho que leva o espermatozoide ao óvulo. Avalia-se o colo e a cavidade do útero, além das trompas.

Num exame ginecológico, avaliamos se há alguma alteração física no colo do útero e se ele, no período de ovulação, produz o muco cervical. O muco recebe e mantém vivo o espermatozoide após a relação sexual.

Após a ejaculação o sêmen depositado na vagina se coagula para proteger os espermatozoides do pH vaginal, que é ácido. Como o do pH do esperma é alcalino, após alguns minutos, o ambiente vaginal está neutro. O sêmen então se liquefaz e os espermatozoides seguem em direção ao colo do útero, penetram no muco e aí em segurança conseguem sobreviver até 70 horas. Aqueles que ficaram na vagina, morrerão, pois o pH volta a ser ácido em 15 a 20 minutos. Do muco vão nadando para a cavidade uterina e trompas onde encontrarão o óvulo. A fecundação ocorre no interior da trompa.

A análise do útero e das trompas se dá em um exame de nome complicado: histerosalpingografia. Coloca-se uma sonda no útero, injeta-se contraste para radiografar a progressão do líquido. A histerosalpingografia consegue dar um bom panorama da anatomia feminina. Não mostra tudo, mas, bem interpretado, servirá como um guia do que está acontecendo. Frequentemente, vejo nas imagens indícios de problemas não observados pelo radiologista. São situações com as quais nos deparamos nas cirurgias e que já estavam lá, no raio-X, mas dependiam de um olhar mais desconfiado ou curioso para serem vislumbradas.

Indiscutivelmente, trata-se de uma manipulação incômoda: a simples menção do exame preocupa as mulheres. Por isso, faço questão de indicar profissionais da minha confiança, tanto pela técnica como pela preocupação com o desconforto da paciente.

Quando o laudo da histerosalpingografia não apresenta anormalidades, peço para ver a radiografia. É comum surgir uma série de pequenos problemas, que apontam para alguma explicação da dificuldade de engravidar. A paciente pode, por exemplo, ter pequenas e micro aderências, que fixam o útero ou a trompa em posições que dificultarão o trabalho da trompa de buscar o óvulo.

A mulher é então a base de quase toda a epopeia da criação do ser humano. O homem contribui com a semente, que deve galgar o aparelho genital feminino. Mas é ela que dá as condições para esta caminhada. Na avaliação feminina, então, veremos a anatomia; o caminho do espermatozoide e óvulo; e a parte hormonal e física da ovulação.

CAPITULO 8 - O OVÁRIO POLICÍSTICO E SUAS CONSEQUÊNCIAS

Ovário policístico, síndrome dos ovários policísticos, ovários multicísticos... São muitas as denominações para essa alteração hormonal que afeta o funcionamento do ovário. Os ovários têm como função produzir folículos, todos os meses. Estes folículos – também chamados de cistos – crescerão durante os primeiros 14 dias do ciclo menstrual. O óvulo se encontra justamente na parede do cisto. Na ovulação, o óvulo se rompe. Com o líquido folicular, é ejetado para fora do ovário e captado pela trompa. Todo esse processo é comandado por uma produção hormonal, como se fosse uma onda. No alto da onda de produção, ocorre a ovulação.

Quando algo não vai bem na produção dos hormônios, o ovário não desempenha sua função corretamente. No caso dos ovários policísticos, a alteração hormonal, na maioria das vezes, inicia-se no pâncreas. Aí, cabe a pergunta: mas, doutor, o que tem a ver o pâncreas com os ovários? Bem, cabe ao pâncreas produzir insulina, o hormônio que permite à glicose circular entre as células. Algumas mulheres, porém, tem uma alteração, difícil de ser diagnosticada, chamada de resistência à insulina. Na prática, isso significa que a insulina produzida no pâncreas não é usada e se espalha pela corrente sanguínea. Com a insulina aumentada, o organismo produz mais hormônios masculinos.

Começa aí um processo de descontrole hormonal. Os hormônios masculinos interferem na função dos hormônios FSH e LH, que passam a ser produzidos fora do ciclo ovulatório convencional. Diariamente, o FSH recruta um óvulo, mas como a produção do hormônio é baixa e constante, o folículo não cresce. E assim sucessivamente. O ovário fica coalhado de pequenos cistos, os tais folículos que não se desenvolveram de maneira correta. Essa é a origem da denominação ovário polimicrocístico”.

Em resumo, a primeira característica do ovário policístico é que a mulher não ovula. Em consequência, ou tem um ciclo muito irregular ou, simplesmente, não menstrua. Como o hormônio masculino, ela sofre com acne e aumento de pelos. Muitas também relatam aumento de peso. Eis a lista dos sintomas comuns da síndrome dos ovários policísticos. Porém, algumas mulheres não apresentam todos os sintomas. Podem não ter problemas de pele ou obesidade. Então, o diagnóstico dependerá dos exames hormonais, da ultrassonografia e do quadro clínico.

O tratamento dependerá do momento de vida daquela mulher. Se ela não quer engravidar, a solução é simples: uma pílula anticoncepcional com composto que diminuam a ação dos hormônios masculinos. Se deseja engravidar, poderemos induzir a ovulação com medicações orais, inclusive com as que ajudam a diminuir o volume de glicose no sangue.

No passado, quando não se sabia a causa exata do problema, as pacientes eram tratadas com cirurgia, na qual se retirava um quarto do ovário. O órgão voltava ao normal por algum tempo, mas a incidência de aderências era enorme. Hoje, a cirurgia está restrita a raríssimos casos e não inclui a retirada de parte do ovário.

Infelizmente, um número significativo de pacientes chega ao consultório com este diagnóstico – em 80% dos casos, a avaliação está errada. Não ovular, ter ciclos irregulares ou ter um ovário com pequenos cistos no interior, não configura a síndrome.

CAPÍTULO 9 - O BICHO-PAPÃO DA ENDOMETRIOSE

A endometriose é uma das causas mais comuns de infertilidade – e muitas vezes, a paciente desconhece ser portadora da doença. Trata-se de uma patologia que leva o endométrio (a membrana mucosa que reveste a parede uterina) a se situar fora do útero. Curiosamente, a pista para o diagnóstico pode se esconder num problema que acompanha milhares de mulheres desde que “ficam mocinhas”: a temida cólica menstrual.

Voltando ao processo da ovulação, explicado no capítulo anterior, se a mulher não engravida, o embrião não se fixa no útero, não tem produção do hormônio HCG, e o ovário gradativamente para de trabalhar. O nível dos hormônios estrogênio e progesterona diminui aos poucos, o endométrio preparado não se sustenta mais é eliminado. Para expelir esse sangue, o útero precisa contrair. Essa contração em algumas mulheres é dolorosa.

No processo natural da ovulação, a progesterona produzida pós-ovulação induz ao aparecimento de uma substância na musculatura do útero, chamada prostaglandina. Ela cuida de contrair as fibras musculares uterinas. A sensação de dor é muito particular: algumas mulheres nada sofrem, enquanto outras mal conseguem se levantar da cama.

O uso da pílula anticoncepcional ou do implante sob a pele elimina a ovulação – portanto, todo o ciclo de preparação do organismo para a concepção é interrompido. Não há a produção de prostaglandina, o hormônio que estimula a contração uterina. Sem contração, sem cólica. Por isso, em geral, quem toma pílula tem pouca ou nenhuma cólica. Quando interrompe o uso do anticoncepcional, a dor volta. Essa informação é importante para avaliar se as cólicas são fisiológicas ou se são provocadas por alguma patologia.

A luz amarela acende quando o uso de anticoncepcional, implante ou anel vaginal não eliminam a dor: possivelmente, existe aí um caso

de endometriose. As células do endométrio, quando se fixam na cavidade abdominal, seguem o mesmo comportamento do endométrio uterino, ou seja, escamam e sangram. E o sangue, na cavidade abdominal, causa muito dor. A paciente vai contar que ou não sofria com cólicas ou sentia pouca dor, e que, ao longo dos anos, o desconforto só fez aumentar, mesmo tomando pílula.

Agora, como a endometriose surge? A mesma contração que ajuda a expelir o sangue e o tecido endometrial pelo colo do útero e pela vagina pode provocar o refluxo de parte deste material para o interior do abdômen, por meio das trompas. O tecido endometrial então se fixa em qualquer lugar do abdômen. Ainda não há uma explicação científica para o fato de algumas mulheres desenvolverem a endometriose, enquanto outras estão livres da doença. Talvez um fator imunológico impeça a fixação em certas pacientes e, em outras, não.

Com os ciclos menstruais, esse tecido originado no endométrio produzirá ou não outros sintomas, além da dor. Se, por exemplo, atinge o intestino, pode gradativamente estreitar a passagem de fezes, levando a uma disfunção ou obstrução. No trato urinário, afeta bexiga ou ureteres.

Quando instalada, a doença pode provocar o aparecimento de aderências, que são a reação do organismo a uma agressão. Cabe lembrar que outros fatores, como cirurgias e infecções, também causam aderências. Se elas atingem a trompa, afetam o correto funcionamento desse órgão, que perde a mobilidade necessária para captar o óvulo.

Em resumo, endometriose é uma patologia que afeta algumas mulheres em idade reprodutiva, relacionada à menstruação e à produção mensal dos hormônios femininos. Não se conhece a causa exata e, em consequência, não há cura. É possível lidar com ela, mas não vencê-la.

Não se sabe também por que a endometriose provoca infertilidade. Teorias sugerem que exista alguma substância produzida por este tecido, quando localizado fora da cavidade do útero, ou seja, dentro do abdômen, que poderia interferir na fecundação natural do óvulo,

ou que afetasse a nidação (fixação do embrião no útero). Na fertilização *in vitro*, a fecundação se dá longe do ambiente abdominal, e as taxas de gestação são restabelecidas.

Quando desconfio de que a paciente tem endometriose, recomendo dois exames. O exame de sangue indicará a presença (ou não) de uma substância chamada CA 125, produzida quando há alguma alteração no ovário. Embora miomas ou processos inflamatórios também elevem os níveis do CA 125, essa substância também está relacionada à endometriose. A confirmação do diagnóstico se dará pela ressonância magnética da pelve.

Com o diagnóstico firmado, haverá três caminhos a seguir. Se a mulher não pensa em engravidar, usará anticoncepcional ininterruptamente, para não menstruar. A carga hormonal do contraceptivo atrofia o endométrio e os focos fora do útero. Ao interromper o uso do medicamento, o endométrio do interior do útero volta ao normal. Não menstruando, ela não sente dor e ganha em qualidade de vida. Esses remédios não têm, em geral, efeitos colaterais ou secundários a longo prazo. A mulher deve, como rotina, manter o controle preventivo semestral.

A cirurgia só é recomendada quando a endometriose está afetando outros órgãos. Se tem efeitos no intestino, um cirurgião geral resolve. Se causa disfunção no ureter ou na bexiga, a intervenção será feita por um urologista. Se o cisto da endometriose for grande e já tiver destruído o ovário, o ginecologista terá que removê-lo cirurgicamente.

Teoricamente, pequenos focos de endometriose, que atrapalham a fertilidade, não têm indicação cirúrgica, porque o problema não será eliminado. Você apenas diminui a incidência deles, mas não evita que outros surjam. Sem contar que a cirurgia ainda poderia causar mais prejuízos, já que, ao se retirar a endometriose ovariana, acaba-se destruindo uma grande parte de tecido sadio que contem óvulos. Diversos estudos indicam a diminuição da reserva folicular do ovário após a cirurgia.

A terceira opção está diretamente relacionada à mulher que quer engravidar: fertilização *in vitro*. O embrião vai direto para o útero,

sem passar por todo aquele processo de encontro do óvulo com o espermatozoide no abdômen. Neste caso, também é preciso fazer o bloqueio hormonal da paciente, por cerca de 60 dias, para evitar que todas as complicações da doença impeçam a fixação do embrião.

A incidência de endometriose aumenta com a idade. Tanto que, hoje, é conhecida como a “doença da executiva”: a mulher estuda, se forma, protela o casamento e só após a estabilidade profissional começa a pensar em filhos. Tempo suficiente para a doença se instalar e evoluir. Na minha época de residente, os casos eram raros: as mulheres se casavam e tinham filhos mais cedo. Também é interessante observar que a incidência dessa patologia em mulheres que já tiveram filhos é mínima, como se, de alguma forma, a gestação protegesse o organismo.

Fica o alerta: desde cedo, a mulher deve prestar atenção a cólicas muito intensas e que não desaparecem ou se tornam menos incômodas com o uso de contraceptivos. Há formas de tratar, mas não de curar a endometriose. Quanto mais cedo começamos, maiores são as chances.

CAPÍTULO 10 - AS CAUSAS ANATÔMICAS

Toda mulher tem dois ovários, duas tubas uterinas (as trompas de Falópio), um útero, uma vulva e uma vagina, certo? Nem sempre. Na prática do consultório é comum encontrarmos pacientes com as mais variadas más-formações no aparelho reprodutor. São disfunções que podem atrapalhar a fecundação, prejudicar a fixação do óvulo no útero ou até provocar abortos espontâneos. Só para dar uma ideia, anomalias anatômicas dessa natureza acometem 3% das mulheres. Mesmo este número não é preciso, já que só descobrimos as alterações quando aparecem sintomas ou na pesquisa de infertilidade.

Já atendi pacientes que tinham apenas meio útero e a trompa do lado correspondente. É o chamado útero unicorno. O órgão se forma de dois grupos celulares, que se fundem e se tunelizam. Se o grupamento celular não existir, a formação uterina só se dará do lado que o tecido estiver presente. Desta forma, o útero terá apenas metade de seu tamanho. A trompa do lado do útero é normal. A outra estará presa à parede pélvica.

Nessa configuração – dois ovários, duas trompas e meio útero – o óvulo pode sair do ovário do lado que não tem útero e entrar na trompa cega. Se for fertilizado, resultará numa gravidez tubária, que precisará ser interrompida, porque põe em risco a vida da gestante. Quando uma mulher com útero unicorno precisa fazer uma fertilização in vitro, implanta apenas um embrião. A gravidez de um embrião em meio útero equivale a gêmeos em útero normal. Então, implantar dois embriões significaria o peso de quadrigêmeos.

No mesmo processo de formação do útero, pode acontecer outra anomalia. Os dois grupos celulares não se fundem. A mulher tem dois meios úteros ou dois unicornos. Essa anomalia é tratada com útero bicorno. A gravidez também demandará cuidados especiais.

Outro defeito de formação é o útero septado: os cordões celulares se fundem, mas, no momento de abrir a cavidade uterina, o processo falha e fica um resquício do tecido no interior. Essa anomalia, que dificulta a gravidez ou leva ao aborto, pode ser resolvida por meio de cirurgia.

Esta cirurgia, chamada videohisteroscopia, por via vaginal, permite alcançar o colo do útero e a cavidade uterina com uma câmera de televisão. Por meio desse instrumento, passamos com um tipo de bisturi elétrico, que irá seccionar o septo, abrindo a cavidade uterina, devolvendo a forma e tamanho de um útero normal.

Também há casos em que todo o trajeto dos cordões celulares não se junta. Anatomicamente, isso resulta em uma entrada vaginal única, duas vaginas, dois colos e dois meios úteros. O problema aqui é saber em qual vagina o esperma foi depositado e em qual o lado do ovário ovulou. Mulheres com vagina dupla podem se queixar de dor na relação sexual. Tratei uma paciente que fez cirurgia para corrigir a má formação. Ela já está no segundo filho, pelo método natural.

Algumas das alterações anatômicas requerem cirurgias corretivas. Outras exigem apenas cuidados extras na questão das gestações múltiplas. Hoje, os exames de imagem nos fornecem um panorama da situação e permitem traçarmos uma estratégia cirúrgica, que facilitará e fornecerá um resultado anatômico excelente.

Ao longo da vida, determinadas circunstâncias podem levar a mulher a adquirir uma alteração anatômica. O HPV, por exemplo, pode causar câncer de colo de útero. O médico pode optar por cirurgia em três casos: colher fragmentos, retirar o pedaço do órgão lesionado ou amputar o colo uterino.

O colo do útero apresenta duas funções importantes. Ele responde pela secreção do muco cervical, que favorece a entrada de espermatozoides e a sua sobrevivência no organismo feminino. Se a mulher fez uma cirurgia ou cauterização que afetou as células produtoras de muco, não haverá secreção, e os espermatozoides não conseguirão penetrar no colo uterino, alcançar o interior da cavidade uterina e chegar às trompas.

A segunda função do colo está relacionada à gestação. Sua musculatura circular precisa permanecer fechada durante toda a gravidez, sustentando o peso do feto no útero. Se uma cirurgia lesou estas fibras musculares ou se houve dilatação do canal para procedimentos intrauterinos, como curetagens, o colo fica frouxo. A partir da 16ª semana de gestação, o peso do feto sobrecarregará a musculatura, provocando o aborto. Sem falar que essa abertura do colo é um caminho fácil para uma bactéria entrar e contaminar a gestação, provocando a perda gestacional. Uma cirurgia, a cerclagem, fecha o colo com duas suturas e permite que a gestação prossiga.

Algumas vezes, uma infecção deixa uma alteração na trompa, denominada hidrosalpinge. No processo infeccioso, a reação do organismo leva a trompa a se fechar em sua porção próxima do ovário, a chamada ampola. A mucosa tubária é destruída e resta uma infecção crônica. Este processo produz um líquido que dilata a trompa. A única saída desta secreção é refluir para dentro do útero. A cavidade uterina torna-se, então, inóspita à fixação do embrião ou poderá interferir na gestação, levando ao aborto. Para engravidar, pela trompa não afetada ou numa fertilização in vitro, a mulher terá que retirar a trompa doente. Muitas pacientes reagem mal a essa ideia, porque consideram a trompa um símbolo de fertilidade. Cabe então ao especialista assegurar que está sendo retirado um órgão doente, que, além de não cumprir sua função, ainda pode atrapalhar a gestação.

CAPÍTULO 11 – MIOMAS, PÓLIPOS E CISTOS DE OVÁRIO O QUE FAZER

Preocupação muito frequente no consultório, os miomas e pólipos na cavidade uterina são patologias que interferem na possibilidade de gestação ou causam abortamentos. Miomas são tumores benignos que nascem entre as fibras musculares da parede uterina e crescem estimulados pelos hormônios produzidos no ciclo menstrual. Não sabemos a causa, mas algumas famílias apresentam esse problema com maior frequência. Pessoas da raça negra são mais propensas a desenvolver mioma.

Não existe uma forma de prevenir ou parar o crescimento dos miomas. No máximo, usamos bloqueadores hormonais, para que eles desidratem e diminuam de tamanho. Esses medicamentos, porém, provocam uma condição semelhante à menopausa e não podem ser usados por longo tempo. Quando interrompemos a medicação, os hormônios reaparecem e os miomas voltam a crescer. Uma saída é usar os bloqueadores apenas para diminuir ou desidratar os miomas, antes de extraí-los cirurgicamente, mas há controvérsias sobre a eficácia dessa técnica. De qualquer maneira não é um tratamento, mas um procedimento para facilitar a cirurgia.

Outra solução é usar um composto chamado gestrinona, que provoca a regressão dos miomas, dando tempo à mulher de engravidar antes de eles voltarem a crescer. Ou seja, sua recomendação dependerá da idade da paciente. Na Europa, cientistas estão aplicando uma nova droga, a Ulipristal, que permitiu a involução em até 80 % os miomas. Do mesmo modo que a gestrinona, o crescimento dos miomas após a ingestão do medicamento torna-se lento, possibilitando a gestação.

Em geral, os miomas dificultam ou impedem a gestação quando crescem no interior do útero. Na maioria das vezes, podem ser retirados por videohisteroscopia. Ainda há dúvidas se os tumores com mais de quatro centímetros e que não atingem a cavidade uterina afetam ou não a fertilidade. O mesmo vale para miomas na

parede uterina, que, em tese, podem afetar a contração e a vascularização uterina. Mesmo em miomas menores, quando não encontramos outra causa que explique a infertilidade, devemos considerar a cirurgia.

Já os pólipos – uma patologia na maioria das vezes benigna – crescem a partir do endométrio. Eles dificultam ou até impedem a fixação do embrião e devem ser retirados por videohisteroscopia.

Cistos de ovário chamados simples, em sua maioria, surgem e crescem a partir de uma ovulação em que não houve a ruptura folicular. Seguem crescendo pelo estímulo hormonal do processo natural da ovulação. Podem chegar a tamanhos grandes, causando desconforto a paciente. Como a causa básica é hormonal, ao utilizarmos um bloqueio com uma pílula anticoncepcional, tendem a desaparecer. Se não, aspiramos por via vaginal com visão de ultrassom. O cisto esvaziado e o bloqueio mantido por mais algum tempo fazem o ovário voltar a sua forma normal. Existem outros tipos de cistos ou patologias ovarianas, felizmente mais raras. Todas devem ser estudadas com critério e tratadas de forma individualizada.

Outro tipo de patologia que tem uma incidência alta são os chamados teratomas: tumores benignos de origem embrionária, que contêm cabelos, ossos, cartilagens. Há algum tempo, os jornais noticiaram o caso de uma jovem americana que descobriu ter um teratoma no cérebro após apresentar problemas de audição e de leitura. Já recuperada, a moça, de brincadeira, afirmou que tinha extirpado “sua gêmea do mal”. Normalmente, porém, esses tumores são encontrados no ovário. Precisam ser removidos, por videolaparoscopia, tentando ao máximo preservar o tecido saudável.

Um alerta importante: ouçam sempre uma segunda opinião quando receberem a indicação de cirurgia no ovário. Este órgão é a única fonte de óvulos de uma mulher. Ou seja, por mais bem realizada que seja, uma cirurgia pode comprometer o estoque de óvulos. Toda cirurgia envolve uma agressão física e emocional. O procedimento deve ser discutido abertamente com o casal, pesando prós e contras.

CAPÍTULO 12 - QUANDO O ESTOQUE CHEGA AO FIM ANTES DA HORA

Na prática do consultório, casos muito comoventes são os que envolvem a menopausa precoce. Mulheres de menos de 40 anos, sem doença ou patologia quaisquer, que, de uma hora para outra, começam a observar um ciclo menstrual alterado. A Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia estima que o problema acometa 1% da população feminina. Lógico que a diminuição da função ovariana impedirá a gravidez. Na verdade, a menopausa indica que chegou ao fim o estoque de óvulos que a mulher traz ao nascer. A partir daquele momento, gestação só com óvulo doado.

Algumas mulheres já nascem com uma reserva ovariana menor, sem que a Medicina consiga explicar a razão. Por meio de exames, é possível avaliar se a função ovariana está conservada. Mas não há forma de saber quanto tempo esse estoque vai durar, já que não temos como medir a quantidade de óvulos ofertados todo mês. No máximo, avaliamos se, para a idade da paciente, a atividade ovariana é boa, média ou baixa. Os níveis hormonais podem alertar para a urgência ou não de tratamentos.

Há estudos que indicam certa tendência familiar, sem, no entanto, serem taxativos. Sem falar que algumas situações – cirurgias, endometriose, quimioterapia, radiação – podem destruir o tecido ovariano e diminuindo a reserva de óvulos.

Apesar de todas as incertezas que cercam a menopausa precoce, em muitas mulheres o problema salta aos olhos. Nessas horas, fico na dúvida se foram atendidas por profissionais que deixaram escapar algum ponto importante ou se ficaram condoídos com a situação e evitaram dizer a verdade. Infelizmente, a demora no diagnóstico pode significar a perda de um tempo precioso para iniciar algum tratamento.

Pela experiência de anos de consultório, posso assegurar que esse diagnóstico é arrasador. Certa vez, atendi a uma moça de 20 e

poucos anos, casada, e que não conseguia ter filhos. Após os exames, a constatação: a reserva ovariana acabara. Ao receber o diagnóstico, ela e o marido caíram no choro. Felizmente, o casal aceitou a sugestão da doação de óvulo, fez o tratamento e engravidou.

Por enquanto, não há outra solução, além da doação anônima de óvulos. Esse tipo de paciente talvez seja o maior exemplo de como a reprodução na mulher é impactante. O homem pode descobrir que não tem espermatozoide. Vai sofrer um pouco, mas invariavelmente supera com mais facilidade que a mulher. Para a mulher, saber que sua fertilidade teve um fim prematuro é muito mais difícil e penoso. Afinal de contas, a maternidade é inerente ao organismo feminino, do mesmo modo que uma função comum, como o olfato ou o paladar.

Frequentemente, as mulheres chegam ao consultório contando que ouviram falar de um exame que aponta quanto tempo falta para a menopausa. Infelizmente, é mito. Há uma série de exames, mas nenhum absolutamente conclusivo. Pode-se, por exemplo, dosar o hormônio FSH. Se está alto, indica uma fraca produção do ovário.

Também é possível fazer uma ultrassonografia com contagem dos folículos antrais. No início do ciclo, o ovário apresenta uma série de pequenos folículos, com potencial de produzir óvulos. Quanto maior a quantidade, melhor o prognóstico. Outra possibilidade está na dosagem do hormônio anti-mulleriano (AMH) também pode dar pistas. A quantidade do AMH no sangue corresponderia à reserva de óvulos. Mas cabe ressaltar que a literatura médica registra falhas na dosagem, o que torna o exame de interpretação duvidosa. Cabe lembrar que o AMH não tem correlação com a qualidade do óvulo e sim com a quantidade. Os kits de dosagem desse hormônio, ainda estão sob questionamento.

CAPÍTULO 13 – O DRAMA DO ABORTO DE REPETIÇÃO

“Doutor, por que não consigo segurar o filho?” Infelizmente, essa é uma pergunta para a qual não há uma resposta 100% precisa. Estudos indicam que, ao engravidar, toda mulher tem um risco calculado de perda gestacional espontânea. Até 35 anos, esse índice fica em torno de 8% das gestações. Dos 35 a 40 anos, sobe para algo entre 15 e 20%. Acima de 40 anos, é de 30%. Ou seja, conforme a mulher envelhece, o risco de perder o bebê também aumenta.

A ciência já consegue afirmar que 85% dos abortos espontâneos são provocados por anomalias genéticas. Como se a natureza tivesse um mecanismo de seleção, que impede um embrião com alterações genéticas de evoluir até o nascimento. Pesquisas indicam, por exemplo, que 80% das gestações de um embrião com síndrome de Down terminam em abortamento espontâneo. Apenas 20% conseguiriam passar deste crivo natural. O mesmo poderia acontecer com as alterações do cromossomo 13, 18, X e Y.

Quando uma mulher sofre três abortamentos, o caso muda de patamar e exige uma investigação mais aprofundada. Hoje, porém, após duas perdas, já dou início a essa avaliação: o dano psicológico de uma terceira tentativa fracassada tende a ser maior do que nada encontrar de errado.

Há três causas básicas para o abortamento recorrente. A primeira seria a alteração genética no feto. Quando esses casos se repetem, o casal precisa fazer um exame de sangue específico, que identificará se o defeito genético não está sendo herdado do pai ou da mãe.

A segunda possibilidade é alguma alteração no útero, o órgão que se expandirá com o crescimento do feto, da placenta e do saco gestacional. Anomalias da parede ou da cavidade do útero podem dificultar o crescimento e o desenvolvimento fetais. Em geral, essas alterações estão ligadas a defeitos na formação do útero, como explicamos no capítulo 10. Miomas e pólipos também podem levar a

abortos de repetição, mas na maioria dos casos haverá a possibilidade de tratamento cirúrgico.

A terceira causa a ser analisada são as trombofilias, alterações na coagulação do sangue. Elas têm origens variadas e podem ser diagnosticadas em um exame de sangue detalhado. As trombofilias podem levar a um quadro de aumento da coagulação do sangue. Na gravidez, quem possui a doença, pode ter problemas com a microvascularização da placenta, sofrendo uma trombose que irá entupir os vasos. Não havendo irrigação sanguínea da placenta para o feto, haverá o abortamento ou morte fetal no útero. O problema pode acontecer em qualquer fase da gestação. O tratamento seguirá por toda a gravidez, com aplicações diárias de anticoagulantes injetáveis e aspirina em baixa dose. Vale lembrar que uma das alterações possíveis – as mutações do gene da MTHFR – não necessitam de tratamento anticoagulante. O simples uso de ácido fólico inibe o efeito desta alteração.

Alteração genética no feto, anomalia no útero e trombofilia são responsáveis por quase 90% das perdas gestacionais precoces, ou seja, que ocorrem no primeiro trimestre da gravidez. Mas e os outros 10%? Para esses casos, ainda não há uma explicação. A melhor opção é a repetição das tentativas, mesmo reconhecendo que custo emocional de consecutivas perdas é devastador.

A ciência, porém, não desiste de buscar as razões desses 10% de abortamentos precoces. A hipótese mais conhecida é o Cross Match, elaborada por um pesquisador americano há 40 anos. Ele partiu da premissa de que o feto tem metade da carga genética do pai e metade da mãe, ou seja, é diferente geneticamente dos pais. Numa gravidez sem problemas, o organismo materno bloqueia o sistema imune para que ele não tente atacar com anticorpos aquele, digamos, intruso. Quando isso não acontece, a mulher poderia ter alguma deficiência no sistema imune ou haver uma semelhança imunogenética entre pai e mãe. Uma vacina de células sanguíneas paternas permitiria ao organismo feminino sempre reagir na presença de material genético do pai.

Esta técnica foi usada por décadas, até que o FDA (Food and Drug Administration), o órgão regulador da saúde dos Estados Unidos, fez

um estudo com mulheres que usaram a tal vacina e outras que não usaram. O número de bebês em casa, nos dois casos, foi igual. Ou seja, o tratamento era ineficaz e acabou proibido por lá. Aqui, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) não reconhece esse procedimento. Então é um tratamento sem comprovação científica e proibido.

Para saber se um abortamento é importante, o primeiro passo é checar se realmente houve uma gravidez. Para isso, a paciente deve fazer o exame do HCG no sangue e, se possível, uma ultrassonografia. Também ajuda muito recolher material da gestação interrompida para análise genética. O exame corriqueiro de anatomia patológica dificilmente dará qualquer informação para o diagnóstico.

Já tratei pacientes que enfrentaram três, quatro abortos seguidos, todos com diagnósticos de má-formação genética, mas que foram consideradas ocorrências naturais, não patológicas. Na pesquisa genética, pai e mãe eram indivíduos normais. Logo, o problema estaria ligado a uma alteração aleatória apesar de repetitiva. O fato é que, no abortamento recorrente, uma pesquisa apurada e um tratamento minucioso costumam oferecer ótimas chances de gestações saudáveis.

CAPÍTULO 14 – O PASSO A PASSO DA AVALIAÇÃO MASCULINA

A análise da saúde do homem é tão importante quanto a da mulher – afinal de contas, a Medicina de Reprodução atende ao casal e não a um ou outro isoladamente. Mas, acredite: com frequência, recebo casais em que o homem nem foi investigado, nem ao menos fez um espermograma.

A função masculina será avaliada inicialmente pela história de saúde do paciente. Em seguida, peço o espermograma, que deve ser realizado em uma clínica especializada. Infelizmente, a maioria dos laboratórios de análise não faz este exame de acordo com a técnica e com as normas da Organização Mundial da Saúde.

Mas para entender a necessidade dos exames, é preciso entender como funciona o aparelho reprodutor masculino. Os testículos possuem duas funções: produzir espermatozoides e testosterona, o hormônio masculino. São ações independentes, já que alguns homens não produzem espermatozoides, mas têm a função hormonal preservada.

A anatomia masculina é complexa. Nos testículos encontramos uma estrutura tubular que chamamos de tubo seminífero. Lá é onde encontramos as células germinativas, ou células-mãe, chamadas espermatogônias. Estimuladas pelo hormônio FSH, as espermatogônias originam uma “célula-filha”, igual a qualquer outra do corpo humano, com forma arredondada e os mesmos componentes internos. Aí você me pergunta: o espermatozoide não tem cabeça e cauda?

Os espermatozoides não nascem com cabeça e cauda. São uma célula redonda como qualquer outra, mas, por um processo de transformação celular, ganham a forma que todos conhecemos. Este processo se dá dentro dos testículos, nos tubos seminíferos, e levam em média 70 dias. Saem do testículo por uma rede de tubos microscópicos e vão para o epidídimo, onde se acumulam esperando

o processo da ejaculação. Na ejaculação seguem do epidídimo para o canal deferente, se juntam ao líquido da vesícula seminal e da próstata e, por contração, são expelidos para o exterior. Esse é o processo da ejaculação. Do testículo vêm os espermatozoides e o líquido seminal, da vesícula seminal e próstata.

Quanto à produção hormonal, a testosterona atua em alguns momentos do amadurecimento do espermatozoide dentro dos testículos e na função masculina. Ou seja, é o hormônio que garante características como barba, voz, tipo físico, e a libido. A testosterona é produzida no testículo, pelas células de Leducq, que se encontram entre os tubos seminíferos. Em resumo, as funções de produção de espermatozoides e hormonal são independentes.

Quando o bebê nasce, o testículo deverá estar na bolsa escrotal. Na fase fetal, ele se forma ao lado do rim e, ao longo da gestação, se move até chegar ao lugar certo. A Medicina ainda não explica porque em alguns fetos esse movimento não ocorre e o menino nasce com o testículo dentro do abdômen. Mesmo nos casos em que apenas um dos testículos está dentro do corpo, a criança deve ser operada para colocá-lo na bolsa escrotal até o sexto mês de vida, pois possivelmente a produção de espermatozoides estará comprometida, caso isso não aconteça.

A causa provável da infertilidade é o calor do corpo humano. Os testículos que estão na bolsa escrotal, estão preservados pois a bolsa tem um papel fundamental para regular a temperatura. No calor, ela dilata e, no inverno, retrai. Os testículos trabalham um grau centígrado abaixo da temperatura do corpo, e essa característica é necessária para a vida dos espermatozoides.

No consultório, frequentemente me perguntam sobre as sequelas da caxumba. Não é mito. A caxumba é uma virose, que pode “descer” e afetar o testículo. O vírus destruirá as células germinativas, levando a um baixo número ou a falta de espermatozoides. Lesões traumáticas e torções testiculares podem comprometer a vascularização da região e afetar a fertilidade.

O mesmo efeito aparece em pacientes que tomam determinados remédios de longo uso: sempre alerta que há substâncias que influem

temporária ou diretamente na função. É o caso dos anabolizantes. Como são à base de hormônio masculino, inibem a estimulação testicular, acarretando uma baixa produção ou até a ausência de espermatozoides. Na maioria das vezes, recupera-se a função normal, mas num prazo de meses ou anos.

Fumar também afeta a produção e a qualidade do espermatozoide. O homem que fuma perde 1/3 da capacidade de seu esperma. O álcool pode influir, mas, primeiramente, ele atingirá o fígado, e somente num segundo estágio comprometerá a função testicular.

Curiosamente, alguns esportes tendem a alterar a função testicular. Tratei um paciente que praticava hipismo e apresentava uma alteração nos espermatozoides. Ao diminuir o ritmo dos saltos, houve uma melhora substancial. Neste caso, a explicação mais provável é que o impacto frequente do testículo com a sela cause a disfunção. Há registros de homens com problema de fertilidade por praticar esportes que aumentam a temperatura corporal por períodos longos ou que são muito extenuantes.

Agora, quando elimino todas essas possibilidades, o diagnóstico e, conseqüentemente, as opções de tratamento ficam mais restritos. Pode-se pensar então que o paciente tem varicocele, varizes que surgem nos testículos, por um defeito na válvula da veia testicular. Em geral, o paciente com varicocele já tem varizes nas pernas ou vem de uma família em que o problema é comum.

A varicocele pode afetar a quantidade e a qualidade do sêmen e, conseqüentemente, o volume e o potencial dos espermatozoides. A cirurgia nem sempre resolve, porque não conseguimos avaliar, antes de o paciente entrar na sala de operações, se a lesão era temporária ou definitiva. O homem precisa esperar entre seis e 12 meses para saber se o procedimento deu certo. Caso a condição persista, fica comprovado que a lesão era definitiva e não terá cura. A saída será realizar uma inseminação ou fertilização in vitro, dependendo da quantidade e da qualidade do esperma.

Na questão hormonal, os problemas surgem nas dosagens do FSH e do LH. O primeiro é responsável pela estimulação da produção de espermatozoides. O segundo, pela produção de testosterona. Se há

uma baixa hormonal, temos menos espermatozoides e, consequentemente, uma chance menor de fecundar. Nestes casos, receitamos hormônios específicos para estimular esta produção e avaliamos a resposta dos testículos. O tratamento hormonal do homem jamais deve ser feito com testosterona e seus derivados, já que eles inibem o estímulo à produção de espermatozoides. Acredite, ainda hoje recebo pacientes que estão usando este tipo de medicação por indicação de médicos ou, pior, de personal trainers.

Como fator de risco, destaco ainda a conversão da testosterona em estrogênio no tecido gorduroso, em pacientes obesos. O estrogênio pode interferir na produção do hormônio FSH e no estímulo à produção de espermatozoides. Emagrecer ajudaria a aumentar a capacidade reprodutiva.

Processos inflamatórios e doenças sexualmente transmissíveis precisam ser tratados corretamente para não deixar sequelas. E ainda há a questão dos traumas, da radiação e de cirurgias que afetam a produção de espermatozoides. Hipoteticamente, o estresse, a poluição, o estilo de vida poderiam justificar a infertilidade masculina. Mas faltam pesquisas para comprovar essas suposições. Se no líquido ejaculado não há espermatozoides, é possível que a produção esteja afetada ou que o canal que leva ao exterior esteja comprometido.

Em termos de genética, duas causas aparecem para explicar a infertilidade do homem: a ocorrência de um defeito estrutural ou uma alteração do cromossomo. Cada cromossomo tem a forma de um X e, mal comparando, com duas pernas e dois braços. Cada perna ou braço é uma pilha de livros e cada livro uma informação genética (gene). Imagine que um braço de determinado cromossomo fique preso a outro cromossomo. As informações genéticas do indivíduo estariam ali, mas desarrumadas.

Em tese, esse desarranjo não traz efeitos para a vida de uma pessoa. Agora, quando a metade da carga genética é encaminhada para um espermatozoide que irá se unir com a metade da carga genética de um óvulo, a bagagem masculina poderá ter excesso ou falta de material, levando ao aborto ou à má formação fetal. Todo paciente que apresenta um espermograma com menos cinco milhões de

espermatozoides precisa fazer um exame de sangue específico, para analisar o número e a estrutura dos cromossomos. Mesmo nestes casos, se o indivíduo tem alguns poucos espermatozoides, eles servirão para tentar uma fertilização in vitro. Será preciso realizar uma biopsia nos embriões, para assegurar que eles não têm a anomalia diagnosticada.

Voltando à pilha de livros, uma área de três “livros” do cromossomo Y responde pela produção de espermatozoides: A,B,C. Se as áreas A e B não existem, o indivíduo não tem espermatozoides no testículo. Se não tem a área C, poderá ter alguns espermatozoides. É necessário, então, uma biopsia no embrião para selecionarmos o feminino, já que um filho homem terá a mesma infertilidade do pai. Este é um dos poucos casos em que posso fazer a seleção de sexo, por se tratar de uma condição médica.

Nem sempre, porém, as dúvidas dos pacientes estão relacionadas apenas a questões médicas. Ainda há muitos mitos e tabus no que se refere à saúde do homem. Nem sempre, por exemplo, o paciente sabe que impotência e fertilidade não tem uma relação direta. O homem pode produzir espermatozoides e não conseguir uma ereção. Também acontece de a ereção ser possível apenas na masturbação.

A impotência tem uma explicação que poderíamos chamar de física. O pênis tem um compartimento por onde o sangue entra e sai. No momento da ereção, a entrada aumenta e diminui a saída. Consequentemente, o compartimento vai se encher e o pênis enrijecer. Se tivermos um problema mecânico na entrada ou na saída de sangue, o compartimento não consegue encher. Diabetes, doença de Peyronie (fibrose no compartimento) envelhecimento do organismo, alterações vasculares podem acarretar esse problema mecânico.

A causa mais comum, porém, é a psicológica. O indivíduo experimenta um episódio de impotência, por diversas razões e, na tentativa seguinte, estará preocupado se vai conseguir ou não. Entra em um ciclo vicioso e cisma que é impotente. Nestes casos, uma boa avaliação física e a história do paciente são suficientes para chegarmos a uma conclusão. Quando se trata de uma destas causas

mais comuns, recorreremos a medicamentos que ajudam a manter a ereção.

Ainda no lado emocional, destaco as causas psiquiátricas. São indivíduos que têm algum tipo de trauma ou distúrbio e veem no sexo algo que os perturba, a ponto de que a fuga seria ser impotente. Eles exigem uma terapia mais profunda. Alguns não conseguem a penetração, mas conseguem a masturbação. Nestes casos, proponho uma inseminação artificial ou uma autoinseminação.

Outro mito que a ciência derrubou: vasectomia nem causa impotência nem afeta a fertilidade. A cirurgia apenas impede o espermatozoide de sair do corpo. Em alguns casos, pode ser revertida, com a religação dos canais deferentes. Agora, será preciso avaliar se induziu à formação de anticorpos, que imobilizam os espermatozoides, dificultando sua chegada à trompa. Esse processo ocorre se os espermatozoides tiverem contato com tecidos masculinos fora do testículo. A reversão da cirurgia funcionou, mas a gravidez não ocorrerá.

O fato é que, com um único espermatozoide, fecunda-se um óvulo e se obtém a gravidez. Em muitos casos, não há diagnóstico preciso ou tratamento para reverter o quadro. Mas, para quase todos, será possível recorrer a um procedimento em laboratório.

CAPÍTULO 15 - OLHO VIVO NO ESPERMOGRAMA

No filme “Tudo que você sempre quis saber sobre sexo”, o cineasta Woody Allen descreve, de maneira bem humorada, o desafio de um espermatozoide para cumprir sua tarefa. Um deles mostra-se assustado e preguiçoso, inseguro de sua capacidade de dar conta do recado. Na vida real, existe também empecilhos na qualidade do esperma, quantidade e mobilidade que fazem com que o homem tenha mais dificuldade para engravidar a parceira.

Na corrida para estabelecer uma causa e ajudar o casal, frequentemente, eu me deparo com um obstáculo: a má qualidade de alguns exames fundamentais para o diagnóstico das causas da infertilidade. Raras são as ocasiões em que um paciente não precisa repetir o espermograma. Embora a Organização Mundial de Saúde tenha um manual para a análise do esperma, publicado e disponível há mais de 15 anos, ousou dizer que, em geral, somente as clínicas de fertilidade conseguem fazer o exame da maneira correta.

Muitos casais me procuram com a mesma história: fizeram todos os exames, nada foi detectado, o médico receitou remédios para induzir a ovulação e nada de gravidez. Invariavelmente peço para refazer o espermograma e já não me surpreendo quando o laudo detecta alguma anormalidade. Muitas vezes, o profissional aceita o laudo de normalidade e não tem a menor ideia de como o espermograma foi feito e avaliado ou o que poderia buscar naquele resultado para planejar o tratamento.

É fácil avaliar quando o laboratório não oferece um bom resultado. No laudo, confiro se observou as normas de exame e referência da Organização Mundial de Saúde. Depois, analiso se os valores apresentados são discrepantes do padrão. Em geral, o homem tem cerca de 4% dos espermatozoides classificados como normais. Portanto, um resultado de 50% de normais está errado. Não há, na espécie humana, um indivíduo com este valor.

Mas, afinal de contas, que pistas um espermograma bem feito pode nos oferecer? Bom, responder a essa pergunta implica em entender que há tipos diversos de problemas no esperma. Há indivíduos que não produzem espermatozoides e somente o exame laboratorial pode detectar essa disfunção. Neste caso, a solução será recorrer ao banco de sêmen. Outros homens produzem espermatozoides, mas alguma obstrução impede a saída. A solução é colher o material no testículo, por meio de uma punção simples. Rapazes, sem sustos. O procedimento é feito com sedação, teoricamente não causa dor e tem um pós-operatório tranquilo.

Agora, não basta produzir – é preciso saber se o esperma é normal, médio ou ruim. Com frequência, ouço a afirmação: “o esperma está alterado, mas dá para engravidar”. Não é verdade. O sêmen precisa estar nos parâmetros normais para que os espermatozoides cumpram sua função. Função essa que, diga-se de passagem, exige disposição. O trabalho começa durante a relação sexual, quando o esperma é depositado na vagina. Com dois ou três minutos, o sêmen, cujo PH é alcalino, neutraliza o pH ácido da vagina e se liquefaz. Os espermatozoides, entre 100 e 150 milhões, então, partem para o colo do útero.

Ali, encontrarão o muco, que vai mantê-los vivos por até 70 horas. Os que ficaram para trás morrerão com a retomada da acidez vaginal. Nesta primeira etapa, o homem já perdeu 30% da quantidade de espermatozoides. Aos 70% restantes, caberá continuar nadando em direção às trompas. Metade entrará na trompa que não tem ovulação. Seu destino é cair no abdômen e ser absorvido.

Finalmente, a outra metade (e aqui já estamos com 35% da carga inicial) chegará à trompa certa. Mas o óvulo ainda não está lá. A espera fará com que mais uma quantidade caia no abdômen e se perca. Na reta de chegada, estima-se que serão cerca de cem mil espermatozoides na trompa, para fertilizar um único óvulo. Comparado com o número inicial, é muito pouco. E isso no caso de um homem com o esperma normal.

Se o paciente tem um esperma médio, estamos falando de duas condições. Ou o número de espermatozoides no líquido seminal é menor ou há alguma alteração na mobilidade e na morfologia. Por

isso, talvez eles só cheguem até a metade do caminho. Então, a inseminação artificial facilitará o processo, já que o espermatozoide será levado para mais perto da trompa. Queimando etapas, evitamos a perda de material.

Alguns homens, porém, têm um esperma classificado como ruim. São poucos espermatozoides, com mobilidade e morfologia muito afetadas. Não adianta encurtar o caminho: temos que colocar o espermatozoide diretamente dentro do óvulo pela fertilização *in vitro*. Selecionamos o espermatozoide considerado normal e, com uma micro agulha, o colocamos diretamente no óvulo (FIV/ICSI), por meio da injeção intracitoplasmática.

Com a quantidade e a qualidade do espermatozoide checadas, o próximo passo é saber se ele consegue chegar à trompa. Um exame simples avalia este potencial. Chama-se teste de Sims-Hunner ou teste pós-coito. Alguns especialistas dispensam essa análise, mas eu acredito nas informações que ela fornece. O teste deve ser realizado no período ovulatório, ou seja, no momento em que o organismo foi preparado pelos hormônios da ovulação para receber e manter vivo o espermatozoide.

O casal tem uma relação sexual na véspera do teste. No dia seguinte, a paciente se submete a um exame ginecológico, semelhante a um preventivo, no qual se retira o muco do colo do útero com uma sonda bem fina, num processo totalmente indolor. No microscópio, é possível analisar a quantidade de muco e sua transparência, além de checar se há espermatozoides, em que quantidade e com qual mobilidade.

Um resultado normal indica acima de dez espermatozoides por campo de visão. Abaixo deste índice, trata-se de um teste médio ou nulo. Ou seja, se na primeira entrada do útero, o resultado é ruim, não haverá espermatozoides na trompa. Há ainda a possibilidade de um resultado negativo, porque a mulher não produz o muco ou porque o esperma tem quantidade e/ou qualidade tão baixas que o espermatozoide não consegue penetrar e sobreviver no útero.

Um espermograma bem feito me dá um diagnóstico preciso e ajuda no planejamento do tratamento adequado, sem perda de tempo.

CAPÍTULO 16 - VAGINISMO E IMPOTÊNCIA, AS CAUSAS SEXUAIS

Antes mesmo de iniciar a maratona de exames em busca das causas da infertilidade, alguns casais já dão pistas do que os impede de ter filhos. Tive pacientes que, na anamnese (entrevista que o médico faz para avaliar o indivíduo) contaram que estavam casados há um determinado tempo, mas que não mantinham relações sexuais. Não me cabe questionar a intimidade do paciente. Na prática do consultório, aprendi que cada casal tem uma maneira própria de se completar e, para ficarem junto, desejos e prazeres são compartilhados a seu modo. Só assim, a relação evolui: um tem que aceitar o outro como ele é e não como gostaria que ele fosse.

São histórias muito peculiares. Recentemente, um casal me procurou e contou que estava casado há cinco anos, mas que não tinha relações porque ela sentia muitas dores e ele não conseguia manter a ereção. A ginecologista comprovou que a paciente ainda era virgem. Talvez, não se tratasse de um caso de vaginismo clássico. Uma orientação sobre o uso de lubrificantes ou explicações sobre anatomia da mulher poderiam resolver. Há ainda uma cirurgia para entreabrir o hímen e facilitar a relação. Às vezes, o desconhecimento completo do corpo – feminino ou masculino – impede uma relação prazerosa.

Vaginismo é o nome científico para a contração involuntária dos músculos ao redor da vagina, que dificulta ou impede a penetração. Ainda não se sabe a causa exata do problema, mas, na maioria dos casos, a mulher foi machucada, estuprada, passou por relação consensual violenta ou teve uma criação muito repressora. Então, a cada nova tentativa, o medo ou a lembrança fazem com que não consiga relaxar. O sexo se torna desconfortável.

Para essas pacientes, existem dilatadores, que, gradualmente, aumentam o diâmetro da vagina. O ato volta a ser prazeroso. De qualquer forma, um sexólogo orientará o tratamento, que será feito

na intimidade do casal. Em outras situações, porém, a gravidez se torna prioritária em detrimento do prazer sexual.

Bom, mas qual seria a solução? Invariavelmente, o casal precisará fazer todos os exames, para avaliarmos se existe a possibilidade de gravidez. Em caso positivo, existe uma técnica simples de autoinseminação. O homem colhe esperma, espera dez minutos para que ele se liquefaça, aspira o material com uma seringa bem pequena e introduz na vagina com cuidado. Antes do procedimento, mostro gráficos para o casal entender bem o que deverá fazer. Se a mulher ainda é virgem, forneço uma sonda de inseminação, bem fina, que é de mais fácil introdução. Também oriento os pacientes para que essa prática seja consensual e de maneira delicada, se possível, obtendo o orgasmo para não remeter ao trauma.

O procedimento é realizado no dia da ovulação. A mulher faz um teste na urina em casa, similar ao exame de gravidez à venda em farmácias. Quando der positivo, significa que a ovulação ocorrerá entre 20 e 30 horas depois. Neste dia, à noite, o casal, então, executa a autoinseminação. A chance de gravidez é semelhante à de qualquer casal: entre 30% e 40%.

Curiosamente, o primeiro caso do gênero que tratei foi de um brasileiro que morava na Suécia. Ele me mandou um e-mail – nos primórdios da internet – contando que tinha ejaculação precoce e não conseguia penetrar a mulher. Orientei-o a seguir a técnica. Três meses depois ele me escreveu para contar que estavam grávidos.

Nos casos de impotência, a relação não é consumada. Como explicamos anteriormente, alguns homens apresentam impotência para a penetração, mas conseguem ereção para masturbação. Nestes casos, a autoinseminação ou a inseminação em consultório resolverão o problema. Quando a ereção é impossível, dificilmente a ejaculação ocorre. Se o homem não consegue colher esperma de forma alguma, a solução é retirar o material diretamente do testículo e fazer uma fertilização no laboratório, já que o número de espermatozoides será pequeno, inviabilizando a inseminação. Homens com pênis pequeno ou alterações na curvatura (doença de Peyronie) devem saber que, em princípio, isso não é um empecilho

para ter filhos. Se ele consegue ejacular e colocar o sêmen no interior da vagina, vida normal.

Na conversa com o casal, outro tema delicado são as doenças sexualmente transmissíveis. A clamídia, por exemplo. Trata-se de uma bactéria que, em geral, é assintomática, tanto no homem quanto na mulher. No máximo, o homem sente um pequeno ardor na uretra ao urinar. Mas ela pode provocar aderências nas trompas e interferir na fertilidade. Há cirurgia para tratar as aderências, mas nem sempre resolve o problema. Em pacientes mais velhas, não recomendo essa opção. O tempo de espera para confirmar se a operação foi ou não bem sucedida acaba atrasando outras tentativas de chegar a uma gravidez.

A gonorreia e determinadas bactérias podem também levar a um processo infeccioso pélvico, deixando sequelas que impedirão a livre função das trompas. Sem falar que outras infecções sexualmente transmissíveis tendem a afetar a saúde da mulher ou são transmitidas ao feto durante a gestação, embora não impeçam a gravidez. Nesta lista, estão sífilis, hepatite B/C, HIV e HTLV. Todas são testadas, em todas as pacientes que iniciam um tratamento.

CAPÍTULO 17 - MONTANDO O QUEBRA-CABEÇA

Após a avaliação criteriosa da ovulação, do esperma e da anatomia, é hora de traçar o plano de ação. Basicamente, temos três possibilidades de tratamento: clínico, cirúrgico ou laboratorial. O clínico significa, utilizar alguma medicação para inibir ou estimular algum fator, ou orientar alguma conduta. O cirúrgico está relacionado, em geral, à solução de disfunções anatômicas, como alguma aderência nas trompas, reversão de uma vasectomia, retirada de um mioma, por exemplo. Nos procedimentos de laboratório, aborda-se a inseminação artificial e a fertilização in vitro.

Acima de qualquer opção médica, o fator número um a ser considerado é a idade da mulher. Hoje, podemos afirmar, com segurança, que o problema de fertilidade em alguns círculos sociais está calcado na demora em ter o primeiro filho. O casamento foi empurrado para a faixa dos 30 anos – nossos avós, nesta idade, já estavam no terceiro ou quarto herdeiro. E, na média, um casal leva entre dois e três anos para se sentir seguro a trilhar o caminho da maternidade. O primogênito, na melhor das hipóteses, nascerá quando a mulher tiver entre 33 e 34 anos de idade. O segundo virá depois dos 35. Sempre cabe lembrar que, a partir daí, a chance de engravidar diminui ano a ano.

O tratamento clínico pode resolver distúrbios de ovulação e fazer o casal voltar à probabilidade média de engravidar a cada ciclo menstrual: entre 25 a 30%. Estamos falando de um homem e uma mulher que tem a anatomia normal e um espermatozoide de boa qualidade. Nestes casos, estimulamos a ovulação, com medicamentos, e orientamos a relação sexual, o chamado coito programado, por um período entre três ou quatro meses.

Se não der certo, o próximo passo, em tese, seria partir para a inseminação artificial. Mas será que não estaremos apenas chovendo no molhado? Afinal de contas, a concepção não aconteceu de forma natural e não temos a garantia de que colocar os espermatozoides

dois centímetros mais próximos do óvulo fará alguma diferença. Pode ter alguma disfunção entre o ovário e a trompa que não tenha sido diagnosticada.

Nesta tentativa, lá se foram seis meses, que podem ser preciosos mais à frente. Por isso, na reprodução assistida, a tendência é que o segundo procedimento a ser oferecido seja logo o top de linha. Se o casal já passou por três, quatro meses de algum tipo de tratamento, prefiro partir para a fertilização in vitro.

Na prática, tanto os tratamentos de indução da ovulação quanto a inseminação artificial são cercados de interrogações. A tecnologia ainda não nos permite saber se aquele momento foi o ideal, se a mulher realmente ovulou, se a trompa pegou o óvulo, se o espermatozoide chegou, se fecundou...

Na fertilização in vitro, implantamos o embrião no útero, isto é, pulamos quase todas as etapas. A partir daí, médico e paciente ficam em posição de espera, até saber que aquele era o embrião perfeito, capaz de se fixar no útero. Cabe lembrar que mesmo essa técnica não tem um resultado altamente expressivo. No máximo, dependendo da idade da mulher, nós vamos ter 45% de resultado de gravidez por tentativa. Quanto a isso, não há o que fazer: estamos lidando com uma espécie que é naturalmente muito pouco fértil.

Por isso, a idade do casal é tão importante, mesmo quando me refiro a pessoas que, após a avaliação, não apresentam problemas. Somente fazer os exames e compartilhar suas angústias com um profissional já funciona como um tratamento. Eles voltam para casa confiantes de que estavam apressados em relação à ação da natureza e que podem conseguir a gravidez pelo método convencional. Agora, se esse diagnóstico de normalidade envolver uma mulher na casa dos 40 anos, minha indicação será buscar ferramentas para otimizar aquela possibilidade natural. Sempre pensando em não perder tempo.

Além do clínico e do cirúrgico, temos o tratamento laboratorial. Nesta categoria se enquadram todas as técnicas para lidar com óvulos e espermatozoides no laboratório. Inseminação artificial, fertilização in vitro, útero de substituição, doação de óvulos e espermatozoides, entre outras.

No momento em que estou diante de um casal ansioso por engravidar, preciso jogar com diversas facetas de um mesmo problema. Além do fator físico de cada problema e de sua indicação de tratamento, o lado emocional de cada um dos parceiros tem que ser avaliado e explorado. Muitas vezes, marido e mulher pensam diferente – mas o problema é único, do casal.

Também há a questão do custo. Para alguns casais, é um detalhe. Para outros, mais um problema. O profissional não pode pensar apenas na técnica. Precisa adaptá-la ao emocional e ao financeiro e estabelecer com o casal o caminho a tomar. Os três fatores estão interligados e um não existe sem o outro.

A questão financeira pesa muito, mas, vez ou outra, recebo pacientes cujas histórias parecem saídas de um roteiro de cinema. Um belo dia, entra uma senhora no meu consultório com um casal e conta que eles haviam perdido os filhos na enchente que devastou Petrópolis, em 2011. Ela e o marido deram casa e móveis para o casal. Queriam ir além e ajudá-los a reconstruir a família. Pagariam pelo tratamento completo. Diante da situação, avisei que seria uma parceria. Os patrocinadores bancariam o remédio e a clínica ofereceria o tratamento. Bom, o casal “apadrinhado” engravidou na primeira tentativa e teve o bebê.

Algum tempo depois, a mesma dupla de mecenas reapareceu. Desta vez com um casal de índios do Acre. Fizeram o tratamento e também engravidaram. Não sei se foi apenas sorte, coincidência, ou se uma mãozinha do destino interfere nessas horas.

Já atendi casais que foram patrocinados pelos patrões ou pelas empresas onde trabalhavam. Irmãos também ajudam muito nos custos do tratamento. Por sinal, a família desponta como a primeira fonte a que um casal recorre para realizar o sonho. Em alguns casos, a clínica acaba buscando uma fórmula para auxiliar o casal. Tratei um casal que, após duas tentativas infrutíferas, abriu o jogo: o dinheiro acabara. Conseguí a doação do remédio com o laboratório, fiz um pacote para o pagamento e não é que deu certo? Se o coração não tivesse falado mais alto, aquela família sairia daqui devastada.

Seja como for, sempre conto com a ajuda de um psicólogo, já que o tratamento de reprodução assistida exige muita serenidade, em especial diante de resultados negativos. Muitos pacientes, num primeiro momento, acreditam que darão conta sozinhos. Depois, acabam compreendendo que essa ajuda pode ser fundamental.

Ao longo do tratamento, a fase de pesquisa é a mais difícil, já que o casal sofre com a angústia de que este ou aquele problema esteja impedindo a gravidez. E pode ser definitivo. Sempre destaco que encontrar problemas é a resposta aos meses ou anos de incertezas sobre as razões de não ter engravidado. Então, identificar a causa é bom, porque torna possível planejar o tratamento. Quando não encontro a origem do problema, é preciso indicar um tratamento sem saber o motivo exato da infertilidade.

O tratamento será sempre baseado no fato de que o espermatozoide não consegue chegar ao óvulo. Precisamos então promover esse encontro, seja na trompa ou em uma placa de cultura. Como a fertilidade humana não é 100% o que fazemos é devolver a chance àquele casal, que a natureza funcione. Poderá ser na primeira ou na décima tentativa, não depende de nós ou do empenho do paciente e sim da mãe natureza.

O segredo de um tratamento de fertilidade está em um diagnóstico bem feito. Apenas 2% dos casais podem apresentar uma infertilidade sem causa aparente. Ou seja, são casos raros. Na maioria das vezes, o casal já fez muitos exames e chega com uma sacola deles, e o diagnóstico de que “não temos problemas, mas não conseguimos engravidar”. Na maioria das vezes, ou exames não foram realizados, ou foram mal realizados, ou foram mal interpretados. Para o paciente, não tem nada pior do que enfrentar um inimigo conhecido.

CAPÍTULO 18 - INSEMINAÇÃO E FERTILIZAÇÃO, QUAL A DIFERENÇA?

Até 1978, a Medicina Reprodutiva tinha, basicamente, uma saída para tratar casais com problemas de fertilidade: a inseminação artificial. Os ingleses, então, desenvolveram a fertilização in vitro (FIV). A técnica para gerar o chamado bebê de proveta, hoje, é amplamente utilizada no mundo. No consultório, porém, comumente recebo pacientes que confundem os dois tratamentos, que são completamente distintos, com recomendações diferentes e custos diversos.

Em linhas gerais, na inseminação, trabalhamos apenas com o espermatozoide. Ele é colocado no fundo do útero, vencendo diversas etapas no caminho até o óvulo. Na fertilização in vitro, os espermatozoides são colocados em cima do óvulo, numa placa de laboratório. Os embriões conseguidos são transferidos para a cavidade uterina.

Na inseminação artificial, o esperma é coletado por masturbação e tratado em laboratório. Por um processo de filtragem e capacitação, retiramos os espermatozoides do líquido seminal. O líquido seminal serve como transporte dos espermatozoides para o interior da vagina, mas não entra no útero. O resultado do processo de seleção é um concentrado de espermatozoides móveis e com um máximo de formas normais. Eles ficam prontos para serem colocados no útero da mulher, no momento mais próximo à ovulação, que é monitorada em um ciclo estimulado ou natural. O procedimento pode ser comparado a um preventivo. Com uma sonda plástica muito fina, introduzimos o concentrado de espermatozoides no fundo do útero.

A técnica funciona bem em diversas circunstâncias. Por exemplo, quando o colo do útero não tem as condições ideais para receber os espermatozoides ou quando a quantidade e qualidade desses espermatozoides dificultam sua entrada no útero. É uma alternativa

também para casais com dificuldades na relação sexual (impotência, ejaculação precoce e vaginismo, entre outras) ou para pacientes que necessitam de espermatozoides doados. Nos casos de disfunção sexual, o melhor recurso é a autoinseminação (ver capítulo 14).

A fertilização *in vitro* é uma técnica mais elaborada, já que precisamos dispor dos óvulos no laboratório. A participação do homem não muda. Os espermatozoides colhidos serão colocados em contato com os óvulos no laboratório. Todo mês a mulher, em ciclo natural, tem uma oferta entre 100 e 200 óvulos. Apenas um se desenvolve e chega à ovulação. Os outros são descartados naturalmente. Então, o ovário é estimulado, por meio de medicamentos que contêm o hormônio FSH, responsável pelo recrutamento dos óvulos. O objetivo é tentar levar o organismo a recrutar mais de um.

Com ultrassonografia e pela medição da dosagem de estrogênio produzida pelos folículos, fazemos um acompanhamento rigoroso do crescimento do ovário. O processo dura em média dez dias. Os óvulos, então, estarão perto da maturidade e aplicamos uma última medicação para concluir essa fase. Trinta e seis horas depois, sob sedação leve, aspiramos os óvulos diretamente do ovário, por via vaginal, guiados pelo ultrassom.

Enquanto a mulher descansa após a aspiração dos óvulos, o marido colhe o espermatozoide. Com óvulo e espermatozoide disponíveis, trabalhamos dois ou três dias no laboratório para que a fecundação ocorra. Depois disso, a paciente volta para implantar os embriões no útero. Passadas duas semanas, a paciente faz o exame do Beta HCG, para confirmar ou não a gestação.

A técnica surgiu para auxiliar mulheres com lesões nas trompas. Hoje, porém, serve a uma infinidade de casos. Casais com espermatozoides de baixa qualidade ou com alguma anomalia podem recorrer à injeção intracitoplasmática, que consiste em usar um espermatozoide pré-selecionado e injetá-lo no interior do óvulo.

Comparando com os primeiros casos que atendi, ainda lá na França, durante a pós-graduação, posso constatar que estamos vivendo um novo universo de conhecimento científico e técnico. Para as técnicas

funcionarem e ajudarem ao maior número de pacientes, o fator diagnóstico prepondera. Bem feito e baseado em evidências, ele permite planejar um tratamento que ofereça as maiores chances de o casal engravidar. Sempre considerando que o resultado dependerá da idade da mulher, podendo variar de muito pouco a, no máximo, 50%.

Por inseminação, uma mulher de 30 anos terá 25% de chance de gestação a cada tentativa. Na fertilização in vitro, essa possibilidade será de 45%. A diferença tem explicação. Na inseminação, colocamos o espermatozoide no útero, mas não sabemos se a ovulação ocorreu, se o óvulo chegou à trompa, se foi fecundado e, neste caso, se o embrião teria chegado ao útero. Na fertilização in vitro, colocamos o embrião no útero. A única dúvida será se ele continuará a evoluir até se fixar na parede uterina. Conforme a mulher envelhece, esse prognóstico muda. Aos 40, ela terá 20% de chance de engravidar por intermédio de uma fertilização in vitro. Aos 45 anos, essa probabilidade é praticamente nula.

CAPÍTULO 19 – ENTENDENDO A DOAÇÃO DE ESPERMA OU DE ÓVULOS

A doação de óvulos ou de esperma é uma prática muito comum na reprodução assistida. O primeiro banco de esperma surgiu em 1972, na França, por iniciativa do governo daquele país para ajudar pacientes com azoospermia (ausência de espermatozoides). A partir de 1984, em decorrência da epidemia de Aids, o serviço se espalhou pelo mundo, já que era preciso testar o sêmen antes de utilizá-lo. Antes dos bancos, recorria-se a doadores anônimos. O sêmen era colhido uma hora antes, na clínica e, em seguida, usado.

O processo é simples. O homem vai ao banco de sêmen, faz exames de sangue para sorologias e colhe o material. O laboratório, então, congela o esperma. Seis meses depois, os testes são refeitos. Se as sorologias estiverem negativas, o sêmen será liberado para uso. O ato não implica em dano físico para o doador. Embora, em nosso país, não possa ser remunerado por isso, ele se beneficia com o check-up obrigatório, realizado para poder congelar. Acredito também que todo o doador tem o intuito de ajudar alguém. Nos Estados Unidos, o casal ou a mulher podem escolher sêmen de um doador com características muito específicas: cor dos olhos ou do cabelo, tipo físico, raça, nível intelectual, formação religiosa e até os gostos pessoais. Pela internet, ela verá fotos do candidato na infância e lerá os laudos elaborados pelos especialistas que avaliaram o doador. Naturalmente, terá acesso a uma completa ficha médica. Pagando um pouco mais, garantirá ao filho, quando ele completar 18 anos, a possibilidade de contatar o pai, por telefone ou por email.

Outro aspecto importante está relacionado ao número de doações de um mesmo candidato. Todos os bancos, no Brasil ou no exterior, tem a chamada restrição geográfica: cada doador só pode ter um descendente para cada milhão de habitantes em determinada área. Se um determinado doador já tem três ou quatro filhos no Rio, esse sêmen não será mais liberado para receptoras na cidade. Muitas

vezes, quanto explico este ponto para as pacientes, percebo certo ar de incredulidade, mas, por experiência profissional, posso assegurar que a possibilidade de os irmãos se encontrarem é quase nula e os bancos observam esta regra com rigor. Agora, indiscutivelmente, rende assunto para novelas ou filmes.

A novela “Sete vidas”, que estreou em março de 2015, na TV Globo, abordou esse tema. O protagonista doou sêmen a um banco nos Estados Unidos e, anos depois, por meio de um site na internet, vários filhos de mulheres que usaram esse esperma se encontram. Juntos, querem descobrir o pai, que conhecem apenas por um número.

Na vida real, é possível que um indivíduo descubra que foi concebido com o esperma Y do banco de sêmen X e disponibilize a informação na internet, chamando a atenção de outros bebês nascidos nas mesmas circunstâncias. Agora, aqui e lá, a doação é anônima. Portanto, os doadores não estão disponíveis. Há uma única exceção: o Banco de Esperma Fairfax, da Virgínia (EUA), criou a categoria “ID option”. Após completar 18 anos, o filho pode solicitar uma forma de contato com o doador. Mas, pense bem. Será que o banco conseguirá manter o cadastro atualizado? E se o doador não quiser mais ser contactado? E se morreu ou mudou e não avisou? Enfim, acho que esse tipo de serviço deveria se chamar “ID Fiction”, em vez de “ID option”.

Em relação à doação de óvulos, a situação é muito mais complexa, já que estamos falando de um procedimento invasivo.

Voluntariamente, a mulher precisa tomar medicamentos para estimular a ovulação e, posteriormente, permitir a retirada do material. Mas há riscos. Um processo de estimulação ovariana com resposta exagerada ou um acidente na punção de óvulos, que é feita com uma agulha, poderiam levar a doadora ao hospital. Então, não há razão para submeter uma mulher saudável, sem problemas para engravidar, a um procedimento com certo grau de risco, apenas porque quer se tornar uma doadora.

Se a mulher não faz por caridade, estaria se submetendo ao risco por uma recompensa financeira? E se algo der errado? O que fazer se a doadora sofreu uma lesão ou um acidente que comprometem sua

fertilidade e sua saúde? Esta seria uma das razões de o Conselho Federal de Medicina determinar que apenas mulheres em tratamento podem ser doadoras. O outro fato é a lei que impede a venda de órgãos. Neste caso, óvulos seriam considerados órgãos.

A lei americana permite a remuneração – e muitos bancos de óvulos conseguem suas doadoras em meios universitários, oferecendo a possibilidade da doação em troca de uma boa compensação financeira, que, até onde sei, serve para custear os estudos. Algumas agências especializadas chegam a fazer uma procura exclusiva por características especiais de tipo físico e de comportamento e o que mais o casal receptor desejar. Tratei um casal que conseguiu uma doadora exatamente como queria, de origem nórdica, numa clínica nos Estados Unidos. Ela fez o tratamento, doou os óvulos e eles engravidaram. Claro, nada disso é possível sem compensação financeira.

Como no Brasil o pagamento é proibido, partimos para a doação compartilhada. Funciona da seguinte maneira: todos os casais com menos de 35 anos, com problemas no esperma ou na trompa, que recorrem à clínica para a fertilização in vitro, são instados a doar óvulos. O custo do tratamento fica bem mais acessível, porque os doadores pagarão apenas 10% do valor total – o restante das despesas será assumido pelos receptores. A possível doadora faz todos os exames e uma avaliação psicológica e familiar. Se tudo estiver ok, começa a busca pela receptora.

O Conselho Federal de Medicina regulamenta essa prática. Dos óvulos coletados, metade fica com a doadora, metade com a receptora. Hoje, tenho uma lista de espera para mulheres interessadas em receber um óvulo. Em geral, leva de três a seis meses para a fila andar. O tempo e a dificuldade para se encontrar uma doadora estão relacionados à idade da maioria das pacientes da clínica, acima dos 35 anos. Entre os casais abaixo dos 35, talvez 80% dos casais aceitem participar. E muitas vezes a decisão não acontece pela possibilidade de diminuir o custo do tratamento e sim pela possibilidade de ajudar um casal em situação semelhante.

O processo acontece de forma anônima. A doadora e a receptora não se conhecem e não saberão o resultado uma da outra. Para a

receptora, saber que sua doadora engravidou, talvez significasse um alento de ter ajudado alguém. Mas ela pode ficar insegura com sua própria capacidade de gestar, já que recebeu um óvulo jovem e não conseguiu. Sempre lembro que a chance é de 40 a 45%. A doadora, por sua vez, poderia criar a imagem de que tem um filho por aí. Se a doadora não engravidar, a sensação de ter mas não ter um filho é angustiante. O sigilo vale para as duas e isso fica acordado antes do tratamento.

Mas como funciona a doação de óvulos? O primeiro passo é ter doadora e receptora compatíveis. Os ciclos menstruais são pareados, com uso de medicação, num processo que dura cerca de 15 dias. A receptora tomará comprimidos de hormônio natural, que prepararam o endométrio para receber o embrião. O esperma será colhido no dia em que tivermos aspirados os óvulos da doadora e metade será para cada uma, com os respectivos espermatozoides. Cerca de três dias depois transferimos os embriões.

Na clínica, já fazemos a doação há mais de 15 anos. No começo, eu encontrava muita dificuldade em fazer a proposta. Meu temor era de que a paciente se sentisse ofendida com a ideia. Com o passar do tempo, superei meu preconceito e passei a conversar com todos os casais com menos de 35 anos: 95% das mulheres aceitam. E não apenas pela questão financeira. Elas querem ajudar outras pacientes na mesma situação.

Entre as 5% não doadoras, estão mulheres que imaginam ter um filho seu desconhecido, e se vier a encontrar o seu próprio filho. Bom, nos 30 anos em que a Medicina trabalha com doação de esperma, não há registros de casos assim. Alguns estudos de probabilidade indicam que, numa cidade com o Rio de Janeiro, essa chance seria de um para cada milhão de habitantes.

Evidente que o casal pode pôr em xeque o fato de o universo de uma clínica de fertilidade ser muito mais restrito do que uma metrópole inteira. Eles terão que avaliar a situação e, talvez, se libertar de alguns preconceitos. Ou então recorrer a um banco de óvulos no exterior. A lei permite a importação, mas sempre alerta aos pacientes sobre o risco dessa medida. O transporte não pode

demorar mais do que dez dias. Ou seja, qualquer atropelo na alfândega ameaçará a operação.

O banco de óvulos também funciona para pacientes com determinadas características étnicas. Tive uma paciente oriental que precisou de doação, mas não encontrou uma mulher com o mesmo tipo físico. Ela preferiu procurar uma clínica nos Estados Unidos e fazer o tratamento lá.

Apesar da simpatia com que as potenciais doadoras recebem a ideia, sempre observo que a decisão não deve ser intempestiva. Mais ainda para a mulher que vai receber o óvulo. Tanto que considero positivo haver uma lista de espera por uma doação: o casal receptor terá tempo para amadurecer a ideia. Tenho um pouco de receio com pacientes que concordam muito rápido. O período de reflexão ajuda a paciente a se certificar de que realmente quer aquilo.

Agora, sempre há mulheres que recusam a doação, porque fazem questão de uma gravidez com seus próprios genes. Creio que, entre 10 e 20% das prováveis receptoras dizem não no primeiro momento. A metade, porém, vai pedir mais informações e, no fim das contas, somente algumas poucas ficarão irredutíveis. Há um fato científico irrefutável: 99,5% da genética no ser humano são iguais para todo mundo. É o célebre genoma humano. Apenas 0,5% é específico de cada um de nós. Ou seja, ao aceitar um óvulo, a paciente está abrindo mão de 0,5% em termos de características genéticas próprias. Faz tanta diferença assim para alguém que não pode ter filhos? Ou vale a pena abrir mão de uma convicção e conseguir a almejada gravidez?

No consultório, escuto muitas histórias de casais que, no desespero para ter um filho, mostram-se dispostos a pagar por um óvulo de alguém conhecido, que seria trazido para o tratamento. Essa prática é proibida pelo Conselho Federal de Medicina: toda doação deve ser anônima. Não faltam motivos. A doadora poderia, por exemplo, discordar da maneira como o casal receptor cria o bebê. O seu filho, no fim das contas. Ou, de hoje para amanhã, decidir que quer cuidar daquela criança e recorrer à Justiça pedindo a guarda do indivíduo gerado pela doação de seu óvulo.

A família que “compra” óvulos também não terá garantias de que a vendedora, mais tarde, não se arrependerá e não recorrerá à Justiça em busca de seus direitos. E se a doadora tiver uma situação social inferior à da criança gerada com seu óvulo? Mais adiante, a diferença de status não geraria alguma cobrança? Por fim, há um argumento médico: sempre há riscos em submeter uma pessoa saudável a um tratamento desnecessário para ela. Recomendo firmemente aos meus pacientes que acalmem o coração e sigam os meios legais.

Se serve como argumento, a mulher pode pensar que está adotando um óvulo. Sempre haverá a possibilidade de alguém rebater dizendo que, em vez de adotar um óvulo, prefere logo adotar um filho. Quase sempre é uma resposta impulsiva, baseada no choque de receber um diagnóstico de esterilidade. Considero uma espécie de “não, revoltado”. Com o passar do tempo, a maioria vai pensar melhor e voltará ao consultório. Provavelmente, entendeu que aceitar um óvulo doado, apesar de fugir do sonho clássico da gravidez, será o mais próximo de vivenciar uma gestação que ela poderá chegar.

CAPÍTULO 20 - FERTILIDADE A 196 GRAUS NEGATIVOS

O congelamento de espermatozoides, óvulos ou embriões abriu novas perspectivas aos casais com dificuldades para ter filhos. Essa técnica começou a ser usada há mais de 40 anos, quando cientistas conseguiram congelar, com sucesso, um espermatozoide. De lá para cá, o progresso foi enorme. O congelamento consiste em abaixar de 37 graus para menos 196 graus negativos, e manter o material nesta temperatura, imerso em nitrogênio líquido.

Para dar um exemplo, na geladeira da sua casa, os alimentos são conservados a uma temperatura média entre menos três e cinco graus negativos. A atividade enzimática das células não para, o que, em contrapartida, influencia no prazo de validade do material congelado. Quando há necessidade de manter um estoque por tempo maior, os produtos biológicos são mergulhados em nitrogênio líquido a 196 graus negativos.

Uma pergunta recorrente é quanto tempo dura o congelamento. Não há prazo, pois, nesta temperatura as células são imutáveis: não perdem a característica, não diminuem ou aumentam as chances de gestação, nem influenciam na qualidade do material congelado. A chance de problemas ou defeitos nos bebês é reconhecidamente nula.

Nos primórdios do congelamento, a técnica empregada ocasionava muitas perdas. Antes do estado físico sólido, o líquido do interior da célula cristalizava. Ao descongelar, esses cristais “quebravam”, afetando a qualidade da célula preservada. Hoje, o processo mudou. Com a chamada vitrificação, a célula passar de 37 graus positivos a 196 negativos em milésimos de segundo, evitando a cristalização. Mal comparando, em vez de gelo, forma-se vidro. A nova técnica melhorou muito o êxito com essas células e possibilita alcançar a mesma taxa de gestação em embriões frescos e congelados.

No caso do espermatozoide, mesmo o processo anterior era bem sucedido, já que ele é uma célula com pouco líquido. Ou seja, a

cristalização era quase nula. A literatura registra casos de gestação com espermatozoides congelados há 40 anos. Quando estudei na França, em 1978, já havia um banco de sêmen por lá, que era usado por homens com azoospermia.

O congelamento de embriões, por sua vez, surgiu de uma demanda. No início da fertilização in vitro, transferia-se quatro ou cinco embriões e descartava-se os excedentes. Surgiram, então, as primeiras técnicas de congelamento, com resultados incipientes. Na clínica, levei cinco anos para conseguir a primeira gravidez. O primeiro avanço veio com uma máquina computadorizada que abaixava a temperatura de forma automática. Há seis anos, passei a usar a vitrificação. Com isso, nossas taxas de gestação tornaram-se comparáveis a dos embriões transferidos a fresco.

Esse processo permite também o congelamento de óvulos. Quando começou a ser feito, fui à Itália conferir as novidades de perto. Os italianos tinham acabado de criar uma lei proibindo o congelamento de embriões. Só podiam congelar os óvulos. Os resultados eram pífios, justamente por causa da cristalização das células.

O congelamento é indicado em diversas circunstâncias: pacientes que necessitam de tratamento quimioterápico ou de radiação e que querem conservar sua fertilidade; mulheres que ainda não têm companheiro e se preocupam em perder a chance de serem mães no futuro; ou aqueles casos em que, durante o tratamento, no dia em que retiramos os óvulos, o marido não pode colher os espermatozoides. Congela-se para fazer a fecundação num próximo ciclo.

Atendi um casal que, no dia da aspiração dos óvulos, a caminho da clínica, o marido sofreu um acidente de carro e não pode fazer a sua parte. Os óvulos foram congelados e, num ciclo posterior, descongelados. O marido colheu sêmen; o material foi fecundado e implantado. A paciente engravidou.

No consultório, é cada vez mais comum casais que mantêm embriões congelados para uma futura gravidez. Vão usá-los quando o primogênito pedir um irmãozinho ou quando o único filho der os primeiros voos fora do ninho. O intervalo entre as gestações, em média, oscila entre dois e quatro anos, mas tive um caso em que a

família esperou 12 anos para implantar outro embrião. Não dá para negar o benefício que o congelamento trouxe para mulheres que planejam uma gravidez tardia. Mesmo assim, eu sempre digo que, quem quer ter filhos, precisa começar a tentar o mais cedo possível.

Congelar óvulos não é garantia de que a mulher terá um bebê e sim uma possibilidade de engravidar com um óvulo mais jovem. A técnica não significa que você congelará um bebê e ele virá ao mundo quando você quiser. A idade influencia diretamente na fertilidade, ainda que o óvulo seja bem mais jovem do que a candidata à mãe. O que estamos congelando naquele momento é a chance de resultado de gravidez pelo tratamento. Óvulo tem idade, útero não!

Em uma mulher de 30 anos a chance de gestação por técnicas de fertilização in vitro é de 40%. Então, esta é a possibilidade que congelamos. Um autor fez uma projeção estatística: se uma mulher de 30 anos congelar dez óvulos, a chance de uma gravidez no futuro seria de 40%. Se conservar 20 óvulos, chegaria a 60% de chance. Se guardasse 40 óvulos, conseguiria algo em torno de 90%. Duvido que alguém faça três ou quatro tratamentos para se beneficiar destes 90%. O importante desta pesquisa é termos a noção de que as intervenções esbarrarão sempre na natureza do ser humano.

Recebi um casal cuja mulher estava perto de fazer 36 anos, mas eles ainda tinham muitos projetos a realizar antes da chegada dos filhos. Então, pensaram no congelamento de óvulos. Minha recomendação foi mudar a ordem das prioridades, já que não é possível garantir a gravidez quando quisessem. Se o casal deseja filhos, deve começar o quanto antes. Levando em conta o prazo convencional sem uso de contraceptivos – um ano – isso indicaria que, dando tudo certo, ela engravidaria ainda aos 36 e teria o primeiro filho aos 37, 37 e meio. Com 39, começaria a pensar no segundo.

Essa conta, porém, precisa ser analisada de outra forma. Aos 39, a chance de conseguir uma gravidez espontânea é de apenas 20% a cada ciclo menstrual. Propus que ela começasse a tentar logo para ganhar tempo lá na frente. Muitos pacientes pensam que a tecnologia da Medicina da reprodução aumentou tanto que podemos resolver tudo. Há muitas soluções, mas nem sempre eficazes.

Neste caso, ainda havia outra questão. Não tem sentido congelar óvulos de um casal que nunca se expôs à gravidez. Pedi apenas que fizessem um espermograma, para garantir que tudo estava ok. Se aparecesse alguma alteração, poderia-se partir para outro tipo de atendimento. Em caso negativo, os dois iriam tentar por conta própria, por pelo menos seis meses.

Além dos benefícios, a tecnologia mais avançada nos trouxe um novo questionamento: o que fazer com os embriões congelados? No contrato com os pacientes, prevemos que eles devem arcar com as despesas de manutenção dos embriões, pelo tempo que desejarem. Após um período mínimo de cinco anos, os pacientes podem solicitar o descarte. Em certas circunstâncias, também é possível doar os embriões congelados a casais que não tenham óvulo e espermatozoide.

Os embriões congelados podem servir a uma nova tentativa de gestação ou podem ser mantidos conservados para o uso futuro em tratamentos com células-tronco. A segunda hipótese ainda está no âmbito das pesquisas, porque não sabemos quais células serão as mais eficazes. De qualquer modo, o casal tem a opção de guardar os embriões e esperar o que o futuro da Medicina nos reserva.

Há casais também que depois de conseguirem a tão sonhada gravidez, não mais aparecem, deixando a decisão nas mãos dos médicos sobre os embriões congelados. As normas do Conselho Federal de Medicina determinam que, se os pacientes consentirem, os embriões congelados podem ser descartados após cinco anos. Mas ainda não há uma regra sobre os embriões esquecidos no congelamento.

De qualquer forma, todas essas dúvidas passam por uma questão central: quando começa a vida? Espermatozoides e óvulos não são vida: trata-se apenas de células como quaisquer outras do organismo. Cada ejaculação ou ovulação seriam, portanto, um descarte natural. Com o embrião, há uma situação diferente. A fertilização já ocorreu e, se implantarmos no útero, há probabilidade de evoluir e nascer. Mas um pequeno detalhe faz diferença. Embriões ou pré-embriões, antes da implantação no útero, são um aglomerado de células, que

não conseguem evoluir a partir do 7º dia de cultura em laboratório. Então, não é vida. Considero apenas uma probabilidade de vida.

Seguindo esse raciocínio, os embriões só se tornam vida quando colocados no útero – e, naturalmente, se conseguem evoluir e se fixar, seguindo a gestação de forma quase que autônoma, necessitando apenas da nutrição materna. Então o pré-embrião, ou seja, o que não foi implantado, não deveria ser considerado como vida. Tem potencial para ser, como o espermatozoide e o óvulo, mas ainda não é.

Quando percebo que o casal considera que aquelas células formam, na realidade, uma vida, proponho outra solução. Retiro os óvulos no tratamento e o casal decidirá quantos quer tentar fertilizar em laboratório. Os óvulos excedentes serão congelados, para futura fertilização. Assim, em vez de guardar supostas vidas, congela-se óvulos, considerados apenas células.

Pela minha experiência, creio que esse assunto precisa ser discutido e resolvido antes do tratamento. Desta forma, não haverá pressão de decisões tomadas em cima da hora e nem arrependimento pelas escolhas que o casal fizer.

CAPÍTULO 21 - O ÚTERO DE SUBSTITUIÇÃO E SUAS IMPLICAÇÕES

Em 1990, a novela “Barriga de aluguel” popularizou uma prática que começava a ganhar força nas clínicas de fertilidade: o útero de substituição. Na história de Gloria Perez, um casal que não podia ter filhos pagava a uma moça para gerar um bebê. Durante a gravidez, porém, a mulher se afeiçoava à ideia da maternidade e, após o parto, recusava-se a entregar a criança, concebida com óvulo e esperma do casal. No fim, a Justiça decidia que o menino deveria ficar com a mãe biológica e não com a mulher que fora portadora do embrião.

Na época, o tema gerou muita discussão e polêmica. Hoje, não há mais controvérsia. O Conselho Federal de Medicina proíbe o pagamento de mães de aluguel. O útero de substituição, em princípio, só pode ser feito em família, até o quarto grau de parentesco. Para a utilização de um útero de substituição não aparentado, é preciso abrir um processo no Conselho.

Em ambos os casos, o primeiro passo é uma entrevista com o casal junto e com o marido e a mulher separadamente. Explico o tratamento nos mínimos detalhes. Aconselho sempre a procurar uma substituta que já tenha sido mãe, pois ela saberá as mudanças, tanto hormonais quanto físicas, provocadas pela gravidez. Também faço a avaliação psicológica dos envolvidos.

O casal biológico se compromete a cuidar da substituta por toda a gestação e no pós-parto. Essa documentação é enviada ao Conselho Regional de Medicina, que analisa e libera o procedimento. Importante destacar que não pode haver compensação financeira para a doadora.

O cuidado tem por objetivo resguardar o casal que recorreu ao útero de substituição. Se a gestação estiver ocorrendo no núcleo familiar,

difícilmente há problemas. São comuns casos envolvendo irmãs, tias, sobrinhas, primas.

O tratamento segue os trâmites normais. As duas mulheres serão preparadas para o útero de uma estar no mesmo momento do óvulo da outra. Após a fecundação com o espermatozoides do marido, o embrião é implantado na substituta.

Nos Estados Unidos, o sistema difere um pouco. Há empresas que se ocupam de encontrar a doadora de útero, cuidam dos trâmites legais, garantem a entrega do bebê, aconselham o acompanhamento médico e outros serviços. Naturalmente, esse processo custa uma verdadeira fortuna. Doadora e receptora assinam um contrato detalhando os seus respectivos papéis. E a mulher que vai abrigar o embrião pode ser remunerada. Às vezes, esse acordo prévio acaba na Justiça, mas a tendência é que a mãe parideira não tenha direito algum sobre a criança. Aqui, quem se dispõe a fazer o útero de substituição tem, em geral, uma motivação emocional.

Infelizmente, em outros países, a miséria criou um turismo reprodutivo. Há agências especializadas em encontrar mulheres para abrigar o embrião de outras pessoas. Num caso que mobilizou a opinião pública mundial, um casal australiano contratou uma barriga de aluguel na Tailândia e, após o nascimento de gêmeos, decidiu que levaria apenas um deles, já que o outro tinha síndrome de Down. Após o episódio, o parlamento tailandês aprovou leis mais severas para regulamentar esse tipo de transação.

O turismo reprodutivo encontra uma demanda muito grande entre casais homoafetivos masculinos. No Brasil, por exemplo, nem sempre os parceiros encontram uma familiar disposta a gerar o bebê que seria concebido com espermatozoides de um dos pais e óvulos doados anonimamente. Há pouco tempo, os jornais noticiaram que um casal de brasileiros conseguiu ter dois filhos na Tailândia e outro na Índia.

Antes de partir para um tratamento fora do Brasil, aconselho às mulheres ou aos casais homoafetivos que não têm parentes disponíveis que busquem ajuda em seu círculo de amizades. Muitas vezes, encontram ali a ajuda que precisam. Já fiz útero de substituição em diversas situações. Tive uma paciente com diabetes

gravíssima, que não podia gestar. Outra nasceu sem útero. Uma terceira perdeu o útero durante um parto. E ainda há o caso de quem tem o útero afetado pela retirada de miomas. Em resumo, o útero de substituição é indicado para pacientes com problemas de saúde que teria dificuldades de enfrentar uma gravidez ou quando a matriz uterina não consegue portar uma gestação.

Agora, tanto nos aparentados quanto nos não aparentados, existe uma situação legal a ser resolvida. Pela lei brasileira, mãe é quem dá à luz – a mulher recebe, na maternidade, um documento com seu nome. Nos casos de útero de substituição, durante a gravidez, o casal abre um processo para ter o direito de registrar a criança em seu nome. O juiz concede um alvará, que será levado ao cartório. A certidão de nascimento, então, terá o nome dos pais genéticos.

Parece simples, mas a sociedade e a Justiça ainda precisarão ampliar seus conceitos de família. Tratei um casal que engravidou com óvulo e espermatozoides doados e útero de substituição. Talvez, alguém pergunte: para que ter um filho assim? Só quem recebe um diagnóstico de esterilidade entende o desespero de um ser humano que não pode procriar. Como profissional, preciso ajudá-los da melhor forma possível, sem preconceitos ou juízos de valor. E acredite: eles estarão realizando o sonho da maternidade/paternidade, numa gestação que poderíamos chamar de compartilhada.

CAPÍTULO 22 - O CÂNCER E A FERTILIDADE

Cada vez mais, pacientes diagnosticados com câncer procuram clínicas de reprodução assistida querendo saber se o tratamento contra a doença afeta a fertilidade. Em muitos casos, sim, podendo até mesmo levar à esterilidade. Estima-se que 80% dos pacientes submetidos à quimioterapia terão algum problema para engravidar após vencer a doença.

Em minha opinião, o médico que faz o diagnóstico de câncer ou que suspeita da doença, deveria discutir com o paciente jovem a possibilidade de congelamento de óvulos ou espermatozoides. Na maioria das vezes, isso não acontece, pois o baque emocional, do diagnóstico e do prognóstico, joga a possibilidade de fertilidade futura para segundo plano.

Mas contrariando esse prática, uma pesquisa feita numa clínica de oncologia nos Estados Unidos provou que 2/3 dos pacientes se sentiram muito incomodados por não terem sido previamente informados dos efeitos dos tratamentos na fertilidade. Ou seja, apesar de envolvidos numa batalha de vida ou morte, os indivíduos pensam sim no futuro e em sua descendência. No Brasil, há pelo menos um casal de uma jovem com câncer, que acionou judicialmente o profissional com quem tratava um câncer, por não tê-la alertada sobre o congelamento de óvulos antes da quimioterapia.

Em termos científicos, alguns tipos de quimioterapia e/ou radioterapia reduzirão radicalmente o estoque de óvulos. Se essa diminuição for da ordem de 70%, por exemplo, significa dizer que, numa paciente jovem, de cada cem óvulos restarão apenas 30. Numa mulher mais velha, com uma reserva menor, de cada dez óvulos, restarão apenas três. Uma diferença substancial na hora de engravidar.

Portanto, antes de iniciar a luta contra o câncer, o paciente que está em idade reprodutiva pode – e deve - preservar sua fertilidade. Hoje, tenho me dedicado a conversar com oncologistas sobre a reprodução assistida e creio que deveria haver uma parceria maior entre os dois serviços, para informar aos pacientes da melhor maneira possível.

O mais importante é não perder tempo. Para o homem, basta coletar duas ou três amostras, em intervalos de dois dias entre uma e outra, para obter o material suficiente que garantirá uma possibilidade de gestação no futuro. Na mulher, porém, o processo se prolonga por um período maior. São pelo menos 15 dias, entre estimular a ovulação e colher os óvulos. Antigamente, aguardava-se o início do ciclo para estimular os ovários. Hoje, sabemos que o ovário responde em qualquer época do ciclo menstrual.

Mesmo mulheres com câncer de mama poderão fazer o congelamento. Os medicamentos usados para estimular os ovários fazem aumentar o nível de estrogênio. Em determinados tipos de tumores de mama, este hormônio feminino pode influenciar negativamente. Mas há outros estimulantes, que não provocam o efeito secundário, tornando o tratamento mais seguro. Sempre vale lembrar que, em média, entre o diagnóstico e o início efetivo do tratamento, leva-se perto de 40 a 60 dias, tempo suficiente para realizar duas estimulações, aumentando o número de óvulos guardados.

Após o tratamento do câncer, o paciente entra no que chamamos de “critério de cura”, um período entre cinco e dez anos para se comprovar que a doença foi exterminada. A partir daí, o oncologista libera para a vida normal e o homem ou a mulher já estarão aptos a tentar uma gravidez. O mesmo vale para as mulheres com câncer de mama. Após o critério de cura, acaba a contraindicação para a gravidez.

Crianças que enfrentam um câncer também podem ter sequelas na fertilidade. Estou me referindo a meninos que ainda não produzem espermatozoides e meninas que não ovulam. Há a possibilidade de retirar um dos ovários ou um dos testículos e congelar, para, no futuro, reimplantar. O reimplante de ovário em adultos já foi tentado

com êxito, inclusive permitindo o nascimento de alguns bebês. O reimplante de testículo ainda não saiu do campo das hipóteses.

O câncer entra ainda na pauta da reprodução assistida em outro tipo de caso. São casais que descobrem a doença em um filho e querem gerar outro, rapidamente, para salvar o irmão por meio de um transplante. Aqui, estamos falando de leucemia e aplasia da medula óssea, duas situações que requerem doação de medula – e, na literatura médica, irmãos aparecem como a opção número um. A explicação é simples: o pai ou a mãe de um indivíduo tem uma carga genética própria, que, no máximo, será 50% compatível com a de seu descendente. Mas filhos de um mesmo casal podem ter uma carga genética similar bem maior, diminuindo o risco de rejeição.

Felizmente, há recursos para auxiliar essas famílias. Colhe-se sêmen e óvulos, faz-se a fecundação em laboratório, e nos embriões que se formarem, testa-se os mais compatíveis com o irmão. A tarefa é procurar, no cromossomo, o local chamado HLA (antígeno de histocompatibilidade). Quando há semelhança nesse antígeno, significa que aqueles indivíduos são muito parecidos no lado imunológico. Então, escolhe-se este determinado embrião para implantar no útero.

Após o nascimento do bebê, em tese, deve-se esperar seis meses até realizar o transplante de medula. Ou optar por colher o material diretamente do cordão umbilical, acelerando o processo. Em qualquer hipótese, a nova medula colonizará o espaço deixado pelo material destruído durante a radioterapia e voltará a produzir sangue normal.

De 15 anos para cá, surgiram empresas que congelam e guardam células de sangue do cordão umbilical, as chamadas células-tronco. Esse material pode ser utilizado em diversos casos, principalmente nas patologias do sangue. Neste momento, no mundo todo, cientistas investigam qual a melhor fonte de células-tronco e em quais doenças poderíamos usá-las.

Então, vale a pena congelar? Funciona como um seguro de vida. Quando você contrata o serviço, não pensa em usá-lo, mas sabe que poderá beneficiar alguém. Da mesma maneira, não esperamos

utilizar estas células, tiradas de nossos filhos, em uma doença futura. Agora, se a ocasião, infelizmente, aparecer, elas facilitarão o tratamento.

CAPÍTULO 23 - GENÉTICA E FERTILIDADE

Uma das preocupações mais comuns entre as pacientes que estão por volta dos 40 anos é com a perspectiva de o bebê ter algum problema genético. E, infelizmente, conforme a mulher envelhece, essas alterações se tornam mais comuns. Numa comparação simples, entre mulheres de 18 anos, a chance de ter, por exemplo, um filho com síndrome de Down, é de uma para mil. Aos 40, passa a ser de 100 para mil.

Embora a Medicina ainda não consiga explicar completamente a relação entre anomalias genéticas e idade materna, sabe-se como esses defeitos acontecem. Como qualquer célula do organismo humano, o óvulo possui 23 pares de cromossomos. Algumas horas antes da ovulação, ele recebe a informação de que precisa estar pronto para a fecundação. Começa então um processo de ativação genética. Os 23 pares de cromossomos se separam. O óvulo fica apenas com 23 unidades para receber as 23 do espermatozoide e formar novos 23 pares.

Se na separação algo dá errado, acontece uma anomalia genética. A síndrome de Down, por exemplo, está relacionada a uma falha na separação do par 21. O óvulo joga fora 22 cromossomos, mas o 21 fica inteiro, com dois cromossomos. Quando chega a carga genética do espermatozoide, formam-se 22 novos pares. Exceto o 21, que terá dois cromossomos do óvulo e um do espermatozoide. Na medicina, chamamos de trissomia do 21. Popularmente, é a Síndrome de Down.

O erro no processo de separação pode acontecer em outros pares. No par 22, a mulher abortará. No 20, não engravida, ou seja, não fixa o embrião. No 19, não fecunda. Ou seja, a cada separação dos pares, se ficam mais ou menos cromossomos, teremos um determinado insucesso no processo de concepção.

O que sabemos é que, quanto mais jovem a mulher, maior a facilidade de esses cromossomos se dissociarem da forma certa. Cabe lembrar que, mesmo no auge da fertilidade, a taxa de gravidez não passa de 45%. Ou seja, a cada ciclo, há uma chance de não fecundar, de abortar espontaneamente ou de o embrião ter síndrome de Down, ou outra alteração, que possa ser compatível com vida.

Essas possibilidades, porém, vão se multiplicando com o passar dos anos e se mantêm iguais nos tratamentos de reprodução assistida. Afinal de contas, trabalha-se com a mesma matéria-prima da natureza: óvulo e espermatozoides.

Antes da transferência, é possível fazer um diagnóstico genético do embrião e checar se o número de cromossomos está correto, eliminando a possibilidade de síndrome de Down e outras. Esse exame permite ainda avaliar casos em que sabemos de antemão que há uma doença genética na família ou em um dos pais. O diagnóstico genético, porém, não é 100% exato e pode diminuir a chance de engravidar com o embrião testado, além de encarecer o tratamento em até 50%. Por isso, em geral, só recomendo o exame no caso de doenças prévias.

Durante a gravidez, também há testes que confirmam a normalidade cromossômica do feto. Por meio de um exame de sangue – feito na 10ª semana, com resultado na 12ª – avalia-se os cinco cromossomos (13, 18, 21, X e Y) que indicam as anomalias genéticas mais frequentes na nossa espécie. (NIPT).

Até há algum tempo, esse diagnóstico só começava a se delinear na 12ª semana e se aparecesse algo suspeito na ultrassonografia de rotina indicada para o período, a translucência nucal. Duas semanas depois, a paciente fazia uma amniocentese, ou seja, colhia líquido amniótico para avaliar todos os cromossomos. O exame, bastante invasivo, tem um risco de abortamento. O resultado sai por volta da 17ª semana.

Qual é a diferença? Bom, em tese, até a 12ª semana, há condição médica para fazer um aborto por via vaginal, sem muitas intercorrências. A lei brasileira, porém, proíbe esse procedimento. Então, no consultório, observo muitos casais que não querem fazer

esses exames. “Não quero saber, porque não vou mesmo tirar”, é uma frase muito comum. Também há pacientes que, após ter a notícia, não volta à clínica. Acredito que, neste caso, vai procurar uma forma de interromper a gravidez.

De um jeito ou de outro, sempre é uma situação muito difícil. Já precisamos lidar com mulheres que, após o tratamento, abortam espontaneamente. A decepção fica estampada em seus rostos. Então, voluntariamente, abrir mão de uma criança tão sonhada... Sinceramente, até hoje não tenho certeza se existe uma solução ideal. Cada caso é um caso e os envolvidos precisam estar muito seguros do que pretendem fazer.

A genética também se torna um fator importante de avaliação quando lidamos com casais que têm alguma consanguinidade. O bom, velho e polêmico casamento entre primos. Por décadas, este tipo de união mereceu a desconfiança geral. Acreditava-se que daí surgiriam crianças com doenças genéticas e outras disfunções. O máximo que a ciência oferecia era uma investigação criteriosa da família. Se houvesse alguma doença recorrente, recomendava-se evitar a procriação.

E não era um simples tabu, como já explicavam as nossas professoras de ciências. Trata-se do famoso gene recessivo. Você pode ser portador do gene de uma determinada doença sem desenvolvê-la. A possibilidade de encontrar, no conjunto da população, um parceiro com o mesmo problema, é desprezível. Mas quando se reduz ao universo familiar, a probabilidade aumenta muito. Os dois poderiam ter o tal gene, e o fruto dessa união poderia ter 50% de chance de desenvolver a doença.

Hoje, conhecendo o histórico familiar de uma determinada doença, é possível, por meio do sangue do casal ou de parentes, localizar o DNA alterado, padronizar o exame, retirar algumas células do embrião e saber se ele foi ou não afetado. Então, apenas o embrião saudável é transferido para o útero.

Além disso, um novo exame permite catalogar 15 mil mutações para alterações em 549 genes. Com isso, é possível diagnosticar 600 tipos de doenças. Se aparecer algo errado, você parte para a fertilização in

vitro. No procedimento, examina os embriões e implanta o que não tiver aquele gene problemático. É ponto final ao drama da consanguinidade. Por enquanto, considero este exame um exagero. Todos temos genes alterados e apenas em determinadas condições de vida eles são ativados.

A última novidade nesta área está relacionada a doenças raríssimas que se localizam no DNA das mitocôndrias, estruturas citoplasmáticas dos óvulos. Estas estruturas são importantíssimas para a integridade do óvulo. Alteradas, induzem a determinadas doenças, que, invariavelmente, não se expressam no portador, que é a mulher. Então, o diagnóstico é feito no filho já nascido doente. Em laboratório, retiramos o núcleo de um óvulo com o defeito e implantamos em outro óvulo saudável doado, no qual o núcleo com os cromossomos foi previamente retirado. Conseguindo o embrião, será transferido para o útero. A mulher gestará um bebê sem a doença familiar, fruto de óvulos de duas mães, um deles com a estrutura do núcleo com cromossomos e outro com o citoplasma saudável e o espermatozoide do pai.

Neste campo, se abrem centenas de combinações, que terão como finalidade gerar um filho saudável. Não seria admissível condenar um casal a ter um filho que sabidamente seria afetado por uma doença ou, pior, a não ter filhos. Logicamente, também há uma situação menos complexa, com a doação de óvulos e com o casal abrindo mão da herança genética.

CAPÍTULO 24 - MENINO OU MENINA? A NATUREZA DECIDE

Quem nunca sonhou em ter um filho deste ou daquele sexo que atire a primeira pedra nos casais que chegam ao consultório perguntando se é possível escolher menino ou menina. Possível, é. Os óvulos possuem sempre a carga genética com o cromossomo X, e os espermatozoides, X ou Y. Logo, quem comanda a definição do sexo é o homem.

Se houvesse uma maneira segura de separar os espermatozoides, seria fácil conseguir o sexo desejado. Hoje, é possível fazer apenas uma seleção parcial. O esperma seria filtrado com determinados meios de cultura e a mostra seria enriquecida com o sexo desejado, passando de 50% para 70% a chance de acerto. O material seria inseminado no útero, no momento da ovulação. Conseguida a gestação, saberíamos, com oito semanas, se o sexo desejado foi alcançado. Como estamos apenas selecionando os espermatozoides, este é um processo eticamente aceitável.

Cientificamente falando, a avaliação genética do embrião identifica o sexo. Mas o Conselho Federal de Medicina proíbe essa prática. Embriões só podem ser manipulados se a família tiver uma doença genética ligada ao gênero, como a hemofilia, que é transmitida pelo homem. Fora do Brasil, há outra opção, mas ainda muito cara. Batizada de Microsort, ela consiste em analisar os espermatozoides. O que possui o cromossomo X tem 2,8% a mais de DNA que o masculino. Conseguem-se um resultado de acerto de 93% para meninas e 82% para meninos. Por enquanto, só está em uso no México e na Turquia.

Como o tema “sexo do bebê” desperta paixões, todo mundo tem uma receita caseira para assegurar uma menina ou um menino. Uma das práticas mais citadas é usar vinagre na vagina, para o meio ficar mais ácido e apenas os espermatozoides masculinos conseguirem sobreviver. Ou ao contrário, porque já ouvi as duas versões, usar uma solução de bicarbonato de sódio para favorecer os

espermatozoides femininos. E a influência da lua? Se fosse verdade, teríamos sempre meninos nascendo em determinados dias e meninas, em outros.

Outra crendice dá conta que o casal deve evitar manter relações e só retomar a vida sexual no dia da ovulação. É tiro e queda para ter um menino, garantem os supersticiosos. A preferência é por uma menina? Então, o encontro amoroso deve acontecer bem antes da ovulação, para dar tempo ao espermatozoide feminino, mais lento e mais forte, de conseguir fecundar.

Bom, aí entra a ciência, derrubando os mitos. A inseminação é feita no momento mais próximo da ovulação. Se valesse a máxima do sexo apenas nesse momento para garantir meninos, eu teria um número muito maior de garotos do que garotas. Só que a divisão é absolutamente igual: os tratamentos em nada mudam a incidência de sexo. Na fertilização in vitro então, você coloca os espermatozoides em contato direto com o óvulo, então seria tiro e queda. Nada disto é verdade.

Muitas vezes, fico morrendo de pena de casais que chegam ao consultório, contam ter três ou quatro filhos de um determinado sexo e revelam o anseio por uma criança do sexo oposto. Mas, de modo geral, escolher o sexo não é prioridade. Quem está com dificuldade, não liga para menino ou menina: quer ter um filho e pronto. E que ele seja saudável.

CAPÍTULO 25 - DO CLONE AO ROBÔ, O QUE VEM POR AÍ.

Em fevereiro de 1997, os pesquisadores do Instituto Roslin, na Escócia, revelaram ao mundo que, sete meses antes, tinham clonado, com sucesso, um mamífero. O nascimento da ovelha Dolly, naturalmente, abriu perspectivas para a ciência e causou frisson na Medicina Reprodutiva. A ideia de clonar um ser humano – que, até então, parecia coisa de ficção científica – estava mais palpável do que nunca. Filmes e novelas abordaram o tema, mas, na prática, a clonagem de humanos não emplacou. Felizmente, eu diria.

A quem interessa ter um clone? Para criadores de animais, trata-se de um ótimo negócio. Você pega o melhor espécime de uma determinada raça e o reproduz igualzinho. Pensando na própria Dolly, você poderia ter uma linhagem de ovelhas que produzisse mais leite ou fornecesse mais lã. Clonar um ser humano é totalmente diferente.

Ok, estaríamos criando uma pessoa fisicamente à sua imagem e semelhança. Só que não há ciência no mundo que reproduza a mente de um indivíduo. A cabeça é um computador, no qual o conhecimento vai entrando a partir do nascimento. O clone não teria o emocional do original, porque suas experiências de vida seriam completamente diferentes. Cada um terá recebido influências diferentes do meio. Basta lembrar que, mesmo gêmeos univitelinos, por mais que se pareçam fisicamente, têm personalidades próprias, por conta da maneira como o ambiente influencia o seu jeito de ser.

Quando Dolly surgiu, aqui e ali ouvimos notícias de que cientistas tentavam fazer um clone humano. Ora era um milionário que queria se perpetuar. Depois, o boato de um casal que queria clonar um filho morto. Teoricamente, é possível sim. Coube à ética e à moral de nossa sociedade frearem essas propostas que pareciam caminhar no limite do bom senso.

A Medicina é impulsionada por necessidades. Sem demanda, técnicas futuristas ou excêntricas não prosperam. Prevejo o ostracismo para outra modernidade: o transplante de útero, realizado por uma equipe na Suécia, em 2014. A mulher recebeu o órgão da mãe, fez tratamento, engravidou e o bebê nasceu. Custa caro e só teve viabilidade porque o governo bancou.

O transplante de útero requer um investimento em tecnologia e mão de obra especializada. Depende de encontrar doador e receptor compatível. E a mulher que recebe o útero passa o resto da vida tomando remédios contra a rejeição. Sem falar que ainda não há garantias de que o método é seguro para o feto, já que, mesmo durante a gravidez, a paciente terá que tomar remédios para evitar a rejeição do órgão transplantado.

Quando você pensa num transplante de coração, sabe que é um órgão indispensável: ninguém pode viver por nós. Mas o útero... A própria doadora poderia gestar o bebê para a receptora. Gastar tanto e correr tantos riscos – estamos falando de cirurgias delicadas – apenas para suprir o desejo de uma mulher de sentir o feto crescendo na barriga... Sei o quanto é importante esta sensação para a mulher. Mas desejos também têm limites. Talvez, uma paciente ou outra, mais bem situada financeiramente, queira tentar esse procedimento, mas não vejo demanda. A interessada poderá ir à Suécia e fazer o transplante.

Em contrapartida a essas propostas, digamos, exóticas, a reprodução assistida tem se beneficiado muito dos avanços tecnológicos. No campo da cirurgia, já contamos com robôs para a videolaparoscopia. O profissional trabalha numa estação de comando, como um centro de videogame e, à distância, braços mecânicos manipulam instrumentos que entram no abdômen do paciente, por incisões de três a quatro milímetros.

Seria semelhante ao cirurgião usar a própria mão dentro do paciente. Ou seja, ganha-se em precisão para cirurgias muito delicadas, com a possibilidade de resultados melhores. O equipamento requer um treinamento altamente sofisticado e custa algo em torno de US\$ 2 milhões. No Brasil, alguns centros de excelência em medicina já

possuem estas máquinas, com alguns poucos especialistas trabalhando.

Infelizmente, em vez de robôs, nosso cotidiano ainda é de uma medicina cirúrgica atrasada. Na ginecologia, por exemplo, faltam cirurgiões preparados para operar por videolaparoscopia, o que leva a um número muito alto de cirurgias de “barriga aberta”, com todos os riscos que elas implicam. Só para se ter uma ideia, minha equipe faz a videolaparoscopia cirúrgica desde 1990. Hoje, 2015, nem 10% dos ginecologistas estão treinados para este procedimento. Neste contexto, o robô equivale à relação entre o homem que chegou à lua e o índio que nunca saiu da tribo. Creio que vou me aposentar antes de essa tecnologia estar difundida entre nós.

De qualquer modo, é bom saber que, no mundo todo, cientistas estão buscando novas soluções para a concepção, ampliando, cada vez mais, o horizonte das famílias. Imagino que, um dia, conseguiremos fazer espermatozoide ou óvulo artificial. Parece irreal?

Um óvulo ou espermatozoide tem metade da carga genética de um indivíduo, ou seja, 23 cromossomos. Se você consegue pegar uma célula qualquer do organismo, que tenha carga genética inteira (46 cromossomos), separar os pares e introduzir em um óvulo doado, do qual o núcleo foi retirado previamente, você criou um gameta. Na prática, trata-se de colocar uma carga genética (23 cromossomos) em contato com outra carga genética no interior de um receptáculo – no caso, um óvulo doado, sem o núcleo original. É possível? Na teoria, sim. Factível? Bom, vamos deixar essa questão para o futuro, talvez próximo, responder.

Para o homem, não há algo inimaginável. Basta pensar, desenvolver e realizar. Nossos recursos intelectuais são ilimitados.

CAPÍTULO 26 - A POLÊMICA DA CONCEPÇÃO POST-MORTEM

Na Medicina de Reprodução, poucos assuntos geram tanta polêmica quanto a concepção post-mortem. Motivos não faltam. Por mais que o conceito de família ganhe novos contornos diariamente, pensar em conceber uma criança que já nascerá órfã ainda parece estranho para muitos de nós. Como médico, porém, não posso limitar minha avaliação a um julgamento moral da motivação que está por trás daquela mulher.

Aqui estamos falando basicamente de três situações: o implante de embrião de um pai já falecido, a coleta de sêmen em um homem que acabou de morrer ou está desenganado e o uso do sêmen congelado após a morte do homem. A questão do embrião é mais simples. Até há alguns anos, era simplesmente proibido usá-lo. Uma nova norma do Conselho Federal de Medicina, porém, abriu essa possibilidade, desde que o homem tenha registrado sua permissão. Hoje, ao preparar a documentação referente ao tratamento, já incluo essa cláusula.

As outras duas circunstâncias são bem diferentes. Vamos pensar que o marido acabou de morrer e a mulher solicita a retirada do esperma. Temos uma condição médica para analisar. É possível colher o sêmen, mas teremos pouquíssimo tempo para agir. Funciona como uma loteria: você tira o material e avalia se os espermatozoides não foram afetados pela interrupção do funcionamento do organismo. E se o paciente estiver desenganado, mas com o coração ainda batendo? Nos dois casos, a decisão fica nas mãos da Justiça. Cabe ao juiz autorizar o procedimento numa pessoa sem condições de dizer se concorda ou não. Essa espera pode, do ponto de vista fisiológico, inviabilizar o procedimento.

Atendi a uma paciente que simplesmente não conseguiu a liminar em tempo. Neste caso, porém, o marido, que morreu num acidente de carro, tinha sêmen congelado na clínica. Para liberar o material, preciso de uma autorização judicial. O fato é que não há uma

jurisprudência ou uma norma para agirmos nessas situações. Ficamos à mercê da análise do juiz que estiver examinando aquele pedido. E sempre paira uma sombra. Será que o homem que não registrou seu desejo de ser pai gostaria mesmo de ter seu esperma usado? Ou devemos tratar o assunto do mesmo modo que a doação de órgãos, com a família podendo permitir a retirada? São perguntas para as quais ainda não tenho uma resposta definitiva. A decisão final será sempre da Justiça.

A dúvida sempre gira em torno da autorização. O casal expressou a vontade de ter filhos, mas esse desejo foi interrompido pela morte. Não é absurdo acreditar que a mulher busque, simplesmente, manter a lembrança de uma relação que não existe mais? No futuro, a criança será uma bênção ou um martírio, por trazer à tona uma situação interrompida de forma trágica?

No momento da perda, o lado emocional estará comprometido, pois os sonhos terminaram abruptamente e a possibilidade de terem continuidade dependerá daquelas células. Aparentemente, será mais saudável que aquela mulher recomece a vida e, numa nova união, tenha filhos de um pai presente. Ok, alguém poderia argumentar que todos conhecemos pessoas cujos pais morrem antes de elas nascerem. Isso é muito diferente de engravidar já sabendo que a criança será órfã. Só não sei se essa decisão cabe ao médico ou ao juiz.

E ainda há o lado patrimonial da questão. Tocar no assunto é sempre muito delicado. O Código Civil diz que o direito à herança se dá com a morte. Então, como fica a situação da criança concebida post-mortem? Um irmão pode questionar que tinha direito a 100% da herança e que será obrigado a dividi-la com uma pessoa concebida após a morte do pai. Mais uma vez, sobram dúvidas. E como ter certeza de que o desejo de usar o sêmen do marido morto ou um embrião congelado não esconde alguma intenção golpista? A Justiça precisa ter sensibilidade para autorizar ou não.

Tenho uma paciente cujo marido morreu em pleno tratamento. A clínica já tinha colhido os óvulos e o esperma, ou seja, o casal, claramente, intencionava engravidar. Mas ele não está mais presente para autorizar o uso do material. Então, dependendo da decisão da

Justiça para completar o tratamento. Com isso, evito que, de hoje para amanhã, algum outro parente do falecido processe a clínica, alegando que liberamos o sêmen sem a anuência do indivíduo.

Aos olhos da sociedade, talvez pareça mórbido querer ter um filho nestas circunstâncias. Mas cada caso é um caso. A sensibilidade do médico e do juiz deve servir de guias para tomar uma decisão. Preciso apenas estar respaldado para o caso de, no futuro, alguém achar que extrapolei o direito de ajudar alguém a conceber.

CAPÍTULO 27 - COMPORTAMENTO DOS CASAIS

No início da minha especialidade, as questões ligadas à infertilidade humana eram vistas com desconfiança. Havia certo tabu, e os pacientes chegavam à clínica escondidos. Foi preciso começar a derrubar algumas barreiras. Primeiro, criar a prática de atender o casal e não a mulher e o marido isoladamente. Depois, lidar com o homem. Compreendia-se na época de que ele não fazia parte do problema. Problemas eram da mulher e, somente em última instância, podiam estar ligados ao homem.

Ao longo do tempo, felizmente, a situação mudou. A infertilidade virou notícia e os casais foram se libertando dessas amarras sociais. Muitas vezes, os pacientes chegavam e contavam casos de amigos ou colegas de trabalho que estavam em tratamento. “Como tem gente com esse problema!”, diziam. Hoje, virou uma patologia rotineira. As pessoas sabem que a dificuldade existe e consideram normal procurar ajuda.

Mas a maneira como a infertilidade é encarada, dependerá de cada indivíduo, de cada casal, da história de vida de cada um, e como a vivência desta dificuldade é vista. A Organização Mundial de Saúde, que, recentemente, incluiu a infertilidade no quadro geral de doenças, estima que 20% da população tenham dificuldade para engravidar. Há 30 anos, as estatísticas indicavam que cerca de 10% dos casais não conseguiam conceber.

Não acredito que mais pessoas se tornaram inférteis. Para mim, a diferença tão grande está relacionada a uma mudança cultural. Simplesmente, um maior número de homens e mulheres admite que tem problemas de fertilidade. Outro fator decisivo é a idade com que o casal sobe ao altar e decide iniciar a prole. Quanto mais velhos, menores as chances. Hoje, a maioria de nossa clientela se situa na faixa entre 35 e 40 anos.

Na conversa inicial com os casais, explico que o tratamento terá três pilares. O primeiro, naturalmente, é físico. Em seguida, vem a parte emocional. O homem e a mulher precisam estar preparados para situações adversas e para a possibilidade de repetir o procedimento algumas vezes. Por fim, o lado financeiro.

O lado físico cabe ao profissional avaliar e assegurar que há condições para o tratamento. Checamos as chances, as possibilidades de resultados positivos. O emocional fica na responsabilidade do casal. Eles precisam ter certeza de que estão bem mentalmente, preparados tanto para sucessos e insucessos quanto para a maratona de exames e procedimentos. A família também deve ter certeza de que terá condições financeiras de arcar com os procedimentos, muitas vezes onerosos. Esse tripé – físico, emocional e financeiro – determina o rumo do tratamento.

Hoje, o tema mais recorrente entre os casais que chegam ao consultório é a idade da mulher. As pessoas não apenas se casam mais tarde, mas levam uma vida mais livre e acabam sujeitas a adquirir determinadas infecções. Isso vale para o homem e para a mulher e, lá na frente, poderá impactar na fertilidade do casal.

Talvez uma das coisas mais interessantes de lidar com uma área tão especial para o ser humano seja a reação das pessoas tanto no momento do diagnóstico quanto durante o tratamento. Não há um comportamento padrão. As histórias vão se sucedendo, cada qual com suas peculiaridades, criando um panorama tão interessante que me levou a escrever esse livro.

São muitos exemplos. Atendi um casal que começou a tentar a gravidez quando a mulher estava com 42 anos. Fizemos 11 tratamentos, com intervalos de, no máximo, quatro meses entre eles. As chances diminuía a cada tentativa. Sugeri a doação de óvulos. O marido perguntou: “Ainda existe alguma possibilidade”? Eu respondi que sim e ele afirmou que iriam atrás daquela chance, ainda que fosse pequena. Na 12ª fertilização, com 44 anos, ela engravidou. Batizou a menina de Vitória. Essa história foi muito marcante na clínica. Das secretárias ao anestesista, criamos um vínculo emocional, uma verdadeira torcida. O resultado positivo foi comemorado como a conquista da Copa do Mundo.

Aqui, 12 tentativas foram o recorde. Mas creio que há casais que fazem mais. A população de uma clínica flutua muito. O casal acredita em você, faz o tratamento, mas chega uma hora, que não funcionando, procura outro médico. Ficamos sem saber se engravidaram ou não. O caminho inverso também acontece. Recebo pacientes que já estiveram com outros três ou quatro profissionais. Chamamos isso de turismo reprodutivo. O paciente, fragilizado com a situação e ansioso para resolvê-la, recolhe informações de fonte diferentes: internet, amigos... Acaba vislumbrando uma nova esperança ou possibilidade e muda de clínica.

Certa vez, um casal de amigos entrou no consultório e contou que tinha procurado outra clínica, para não misturar nossa amizade com o problema. Eu sequer sabia que eles tinham dificuldades para engravidar. Fizeram um tratamento e conseguiram oito embriões. Três tratamentos depois, sobravam apenas dois embriões congelados e eles resolveram me pedir ajuda. Afirmei que deviam insistir com o outro médico, porque ele já conhecia bem o caso e insucessos podem acontecer em qualquer lugar. O casal disse que estava cansado e que queria mudar. Trouxe os embriões congelados, implantei e engravidaram de gêmeas.

São situações que independem da clínica X ou Y. Nas clínicas mais renomadas, tanto a parte médica como a laboratorial, em tese, serão iguais. A empatia da equipe envolvida e a relação do médico com o casal e da clínica com os pacientes contam muito nos tratamentos. Você não consegue agradar a todos, ainda mais num trabalho diretamente ligado a sucesso e perda.

O desgaste emocional faz parte de nosso cotidiano. Não raras vezes, casais se separam durante o processo. Ou então, no momento da coleta de esperma ou da fertilização in vitro, o homem desiste. A mulher é sempre mais firme em suas decisões. Um casal com dificuldade para engravidar já enfrenta uma situação muito difícil na própria relação. Então, se o lado psicológico não estiver fortalecido, a situação desanda.

Cabe ao profissional também ajudar a manter esse equilíbrio. Em diversas ocasiões, lidei com pacientes que verbalizaram que o problema era dele ou dela. Reafirmo sempre que o problema é dos

dois. Não há culpa individual. Quando o marido ou a mulher tentam assumir a culpa, atrapalha o tratamento. Eles devem entender que vamos somar forças e não dividir.

Como já expliquei no livro, os tratamentos podem não aumentar as chances de uma gravidez, apenas garantem o mesmo patamar da natureza. E a natureza costuma fazer suas artes. Não é incomum o casal começar o tratamento e a mulher engravidar espontaneamente. Tive uma paciente assim. Chegou ao consultório após três fertilizações e quatro inseminações malsucedidas. Resolvi pedir alguns exames e, antes do resultado, ela engravidou. Como explicar? Psicológico? Talvez, a pressão por resultados tenha pesado. No momento em que adquiriram confiança emocional, funcionou. Acontece!

É uma história que se repete com certa frequência. Eles resolveram tentar um bebê pelo método natural e três ou quatro meses depois, sem resultado, procuraram o médico. Fizeram exames e descobriram um pequeno problema. O especialista sugeriu induzir a ovulação. Mais quatro, cinco ciclos e nada. Então, tentaram a indução mais a inseminação. Cinco tentativas. Nada. Três ciclos de fertilização in vitro e zero. Quando chegaram aqui, estavam exaustos. Dois anos e meio de tratamentos...

Com calma, expliquei que, para uma gravidez, basicamente, você precisa de um espermatozoide, um óvulo e uma trompa saudável. Eles não deram tempo à natureza de agir. No período que investiram em procedimentos, estavam, de fato, colocando um médico entre eles na cama. Pedi alguns exames para acalmar a situação, porque não havia um fator preponderante de infertilidade. O peso do insucesso desapareceu, eles relaxaram e deu certo. Na prática, o casal foi medicalizado. Provavelmente, passou por tratamentos que não precisava. O médico precisa ter paciência e criar um vínculo de confiança com o casal, para permitir que as coisas sigam seu curso normal.

Esse curso normal começa lá na infância. Desde pequenos, aprendemos que, na idade adulta, vamos encontrar um parceiro, casar e, dessa união, virão os frutos, ou seja, os filhos, que vão completar essa família. Quando cresce, o indivíduo segue esse script.

Mas, hoje, um novo elemento interfere na história: o planejamento. O casal pensa primeiro em resolver o lado profissional para depois construir um ninho e só então receber um novo morador.

Com isso, os filhos chegam cada vez mais tarde. Para o homem, faz pouca diferença. Mas, para a mulher, como já vimos, a idade torna-se um complicador. Esse casal deveria ser orientado para, ao listar as prioridades, a maternidade estar lá. Quem disse que você precisa comprar um apartamento antes de ter um bebê? A decisão de aumentar a família, claro, implica em renúncias e talvez seja essa a grande dificuldade dos casais. Sem filhos, lógico, você tem mais liberdade, viaja, sai e volta quando quer e bem entende, sem dar satisfações.

Nessas horas, gosto de explicar aos casais que a evolução da vida é uma sequência de ganhos e perdas. Para enfrentá-la, só com repetidos atos de amor. Primeiro pelos pais, depois pelo parceiro e, por fim, pelos herdeiros. O momento de ter um filho é tão sublime, que você abandona todo o resto sem maiores traumas.

Agora, você pode ter um casal com pensamentos diferentes. Um não queria ter filhos e impôs essa condição ao outro. Quem se submeteu aceita por amor, para ficar com esse parceiro. Pode ser que os anos passem e eles mantenham o equilíbrio. Aí, os 40 anos se aproximam e a mulher reflete que está levando essa situação para agradar ao marido. Ela força a situação, ele não abre mão e vem o divórcio. Creio que se falassem sobre o assunto, muitas delas revelariam sentir o vazio da ausência da experiência da maternidade.

Imediatamente após a separação, a mulher tende a recorrer a um banco de esperma. A fertilidade e a gravidez tornam-se prioridade para ela: encontrar outro parceiro para realizar o desejo da maternidade pode ser demorado e difícil e ela prefere não arriscar. Tive uma paciente de 49 anos, que queria engravidar a todo custo. Aceitou óvulo e espermatozoide doados. A revolução cultural das últimas décadas garantiu às mulheres o direito de lidar com sua reprodução do modo que mais lhe convenha.

No consultório, vez ou outra, me deparo com situações em que, na ânsia da maternidade, a mulher tenta saídas, digamos, pouco

convencionais. Não tenho o direito de pedir os documentos de quem entra na clínica, mas, aqui e ali, percebo indícios quando não se trata de um casal de verdade. Uma paciente acabou admitindo que não era casada, mas não queria recorrer ao banco de esperma. Tinha intenção de usar o sêmen de um amigo de infância. Infelizmente, não pude ajudá-la. O Conselho Federal de Medicina determina que a doação de esperma é anônima.

Com 30 anos de experiência e tantas histórias diferentes, tenho apenas uma certeza: enfrentar um tratamento de fertilidade não é fácil. O casal precisa estar seguro e unido, porque a Medicina de Reprodução não opera milagres. Ela apenas repõe o potencial que a natureza dá a cada homem e a cada mulher de perpetuarem a espécie.

CAPÍTULO 28 - CONTAR OU NÃO CONTAR, EIS A QUESTÃO

Um dilema atormenta 99% dos pacientes que se sentam à minha frente: “Quando meu filho crescer, devo dizer a ele como foi sua concepção?” Há 30 anos, quando comecei na profissão, essa dúvida inexistia. A infertilidade era um estigma, e os casais que venciam a barreira do preconceito para buscar ajuda especializada não compartilhavam sua dificuldade com ninguém. A família, os amigos, ninguém sabia. Naturalmente, não pensavam em conversar com os filhos sobre esse assunto. Hoje, é absolutamente normal os filhos terem consciência da maneira como vieram ao mundo. Alguns casais, inclusive, sentem orgulho do esforço que fizeram para construir uma família.

Uma situação bem diferente da que envolveu nosso primeiro bebê por fertilização in vitro. Hoje, está com 28 anos e não o conheço. Antes do tratamento, o casal pediu sigilo absoluto. Acompanhei a gravidez até os três meses e, depois, eles nunca mais voltaram ao consultório. Pinçando informações aqui e ali descobri que era um menino. Ficou nisso.

Essa história, porém, é exceção. Diariamente encontro na rua pais e mães dos 3.200 bebês que ajudei a nascer e eles fazem questão de me apresentar aos filhos. Muitos levam o recém-nascido à clínica ou mandam fotos – emolduramos e usamos para enfeitar a recepção. Certa vez, de férias em Portugal, fui abordado por casal que queria me apresentar o filho. Mais um dos nossos bebês.

Se a reprodução assistida foi socialmente incorporada, a questão de contar ou não ainda merece atenção especial. Principalmente, entre os pacientes que se valeram da doação de óvulos ou esperma. Eles querem ter certeza se a criança vinda de uma doação será diferente de uma concebida naturalmente.

Bom, quando você adota, o mundo sabe que não houve gravidez e parto. A criança pode até chegar com alguma idade. Ao longo de seu

crescimento, é preciso, pouco a pouco, informá-la sobre sua origem. Se for amada, responderá com amor. Respeitada, responderá com respeito. Um terapeuta poderá ajudar muito, orientando os pais e a criança a enfrentar este momento.

Quando a pessoa adota um óvulo ou um espermatozoide, tenho dúvidas se realmente vale a pena contar. Não sei o que o indivíduo ganharia em saber que sua genética não é a mesma de seu pai ou de sua mãe. Tecnicamente, o genoma humano é igual em quase 99.5%. Apenas 0.5% seriam informações herdadas do pai e mãe.

Meu conselho é sempre o mesmo: mantenha o tratamento no âmbito do casal. Se não houve testemunhas, vocês, no futuro, terão o direito de contar ou não. Agora, se mais alguém sabe, o paciente perde a prerrogativa de omitir. Imagine o estrago, se a criança souber por alguém que não o pai ou a mãe. Então, mantenha o sigilo e a vida se encarregará de mostrar o que fazer. O conselho, porém, não escapa da polêmica. Para os psicólogos, não se deve começar uma relação com mentira – portanto, os pais deveriam contar. Eu penso diferente.

Quando dou palestras para psicólogos ou psiquiatras, esse tema sempre causa discussões. Gosto de perguntar quantos profissionais ali já cuidaram de uma criança adotada e, em geral, quase todos. Mas quando questiono quantos já tiveram um paciente nascido de um tratamento, ninguém levanta a mão. Ou seja, por enquanto, não temos base para sustentar a teoria de que não contar trará danos para essas crianças.

Em termos médicos, essa necessidade também não existe. Quando fertilizamos com óvulo ou esperma doado, sempre fazemos a compatibilidade sanguínea. Portanto, a criança terá o tipo sanguíneo da mãe ou o do pai. Em caso de doação de órgãos, pai e mãe não são doadores para filho e vice-versa. Não importa como foram concebidos: filhos são diferentes geneticamente dos pais. A chance de compatibilidade entre pai e filho ou entre mãe e filho é semelhante a procurar em um banco de órgãos.

Em família, a doação poderia ser possível entre irmãos, mas não necessariamente eles seriam compatíveis. Mais possível, em geral, é

de irmão para irmão. Se for preciso fazer um transplante de órgão, o receptor não será compatível com os pais e isso é regra.

Somente um exame de DNA poderia denunciar a concepção com óvulo ou espermatozoide doados, já que ela demanda informações comuns ao filho, ao pai e à mãe. Se o DNA não corresponde, não haveria possibilidade de a criança ter vindo daquele pai ou daquela mãe. Agora, a chance de alguém precisar de um exame de DNA é tão remota que, sinceramente, acho difícil a criança descobrir.

São muitos os casos em que o sigilo teve papel decisivo numa situação posterior. Tratei um casal cujo marido não tinha espermatozoides. Alguns anos depois, recebo a mulher e ela me diz que tinham se separado e que o ex estava pedindo a guarda da criança. Indignada, ela queria que eu atestasse que ele não era o pai, já que a gravidez só fora possível com sêmen de doador.

Lógico que não concordei. Quando me procuraram, eles eram um casal com dificuldades para ter filhos. Não importa de quem era o problema. Fiz o tratamento e o bebê nasceu. Portanto, para mim, o filho era dos dois. Esse caso se tornou um símbolo na clínica. Infelizmente, o pai foi assassinado num assalto, antes de a Justiça decidir. Não tenho dúvidas de que a questão do tratamento de fertilidade não influenciaria na avaliação do juiz. O casal teve o filho com ônus e bônus para o resto da vida.

No caso da mulher que faz uma produção independente, a criança não terá a figura do pai e, lá na frente, a mãe terá que explicar como engravidou. Poderá argumentar que sonhava intensamente com a maternidade e que, como não encontrou a pessoa ideal, recorreu ao banco de espermatozoides. Entre casais homoafetivos femininos, a criança terá a compreensão de que foi preciso recorrer ao sêmen doado para a gravidez se tornar possível.

Quando o casal usa um útero de substituição, considero importante que o filho tenha consciência de que seus pais abdicaram da gravidez em si próprios para que ele pudesse vir ao mundo. A criança saberá que foi tão querida e desejada que o casal não se importou em atravessar uma via-crúcis física e psicológica.

De uma maneira ou de outra, o casal que recorre a uma clínica de fertilidade deve entronizar a ideia de que, desde o momento zero, a criança é filha deles. Eles tiveram a gravidez, viram a barriga crescer, pariram, amamentaram. Não há dúvidas de quem são os pais.

CAPÍTULO 29 - EM CENA, AS NOVAS FAMÍLIAS

O Estatuto da Família (PL 6583/13), em análise na Câmara dos Deputados, define família como o núcleo formado a partir da união entre homem e mulher. Nem de longe representa o conjunto da sociedade brasileira. Nas últimas três décadas, vi todos os tipos de família entrarem em meu consultório. Casais homoafetivos femininos ou masculinos, mulheres sozinhas interessadas em ter um filho, irmãs que pretendem ceder o útero para a irmã conceber, crianças nascidas de uma doação anônima de óvulo ou esperma... Enfim, são tantas variações que limitar o conceito de família, no mínimo, é uma atitude retrógrada.

Como profissional, também precisei superar os meus pré-conceitos para ajudar a todas as famílias. Sempre fui procurado por casais homoafetivos femininos. Há 15 anos ou mais, eu tinha uma posição pessoal de não fazer o tratamento. Não me sentia seguro para ajudá-los. Até que surgiram alguns trabalhos na literatura mostrando que os filhos de casais homoafetivos levavam uma vida absolutamente convencional. Ou seja, minhas dúvidas eram infundadas. A partir daí, entendi que uma família começa quando um ser humano quer seguir seus instintos e se reproduzir, independentemente de sua orientação sexual. Sem falar que muitos filhos de casais, digamos, tradicionais, são carentes de tudo. A construção dos valores éticos e morais independe das opções sexuais de cada um.

Desde então, recebo os casais homoafetivos femininos, em número cada vez maior. E são múltiplas possibilidades. Duas pacientes chegaram aqui com a seguinte ideia: usar o sêmen de um mesmo doador para engravidá-las. As crianças seriam irmãs, embora nascessem de óvulos e barrigas diferentes. A primeira fez o tratamento e engravidou. A segunda, não quis e a outra teve mais um bebê, mas que veio do óvulo da que não queria gestar. Tempos depois, adotaram uma criança. Formam uma família com três filhos. Todos estão muito bem, obrigado.

Outra situação comum é a mulher “A” tirar o óvulo, inseminar com o esperma de doador e implantar o embrião na mulher “B”. No começo, eu ficava em dúvida do seguinte: se esse casal se separa, a criança será filha biológica de uma e filha genética de outra. Poderia dar uma confusão muito grande. Mas segui adiante. E, hoje, o registro civil traz o nome das duas mães. Logo os direitos e deveres serão iguais.

Sempre gosto de explicar que a orientação sexual não afeta o desejo da maternidade. Talvez isso explique porque recebo mais casais homoafetivos femininos do que masculinos. Certa vez, num simpósio, participei de um debate sobre as novas famílias. Alguém perguntou sobre os homens. Sinceramente, não sei. Tratei alguns poucos casos, como o de dois rapazes que recorreram à irmã de um deles para o útero de substituição. Usamos o sêmen do parceiro e um óvulo doado. O tratamento deu certo. Acho que como o desejo será de paternidade e a vivência da gestação não está em jogo, eles, mais facilmente preferem adotar, a enfrentar a maratona do tratamento.

Os arranjos familiares estão cada vez mais diversos. Tenho uma paciente que trabalha na Suécia, enquanto o marido mora no Rio. Colhemos os óvulos e o esperma aqui, transferimos o embrião e ela viajou. Fiquei lidando com a ansiedade do rapaz aqui, enquanto ela esperava lá o resultado do exame de sangue. Como não engravidou e tinha embriões congelados, iniciamos uma segunda tentativa na Suécia, com os controles de ovulação e a internet para comunicar. Na hora H, ela pegou um avião, fez a transferência e voltou no dia seguinte. Engravidou. Minha paciente vive com o bebê na Europa e a família só se encontra nas férias.

As famílias dos petroleiros de Campos são outro exemplo. Eles passam até 20 dias no mar e nem sempre coincide de estarem em casa no período certo para tentar o método natural. A inseminação se torna a melhor opção. Congelo o esperma do marido e espero a mulher entrar no ciclo ovulatório. Se ambos estiverem em terra, tentam a autoinseminação. Se um deles estiver embarcado, fazemos o procedimento em laboratório.

De 15 anos para cá, as mulheres quebraram o tabu de assumir a responsabilidade por sua fertilidade. Elas fazem produção

independente, guardam óvulos para o futuro ou, se for o caso, rompem relacionamentos estáveis apenas para realizar o sonho da maternidade, pois o marido não quer filhos ou já os tem. Tomaram as rédeas da família. Quando pensam em conceber sem o pai, em geral, só questionam como contarão essa situação para a criança. A dúvida funciona como um freio, mas, em pouco tempo, ela se libera e entende que esse dilema não pode afastá-la da gravidez. E vai à luta.

Outra situação interessante acontece com a mulher que chega aos 39, 40 anos. O limite da idade pesa. Ela entra no consultório e diz: “nunca quis ter filhos, meu marido também não. No dia que fiz 40 anos, deu um clique na minha cabeça e mudei de ideia”. Tenho a impressão que, inconscientemente, ela acreditava que, na hora que quisesse, poderia ter um filho. Mas ao entrar na fase dos “entas”, a realidade aflora na sua frente ela vai se informar e defronta-se com a natureza implacável. Mas, aquele é um ponto sem volta. Ou assume ou desiste. E aí acaba optando pelo tratamento.

Em geral, essas histórias começam quando a mulher faz a opção de priorizar a carreira em detrimento da maternidade. O mercado de trabalho é muito cruel. A competição homem/mulher é de igual para igual. Você começa a trabalhar logo após a faculdade e precisa de muita dedicação para não ser superado. Quando se dá conta de que chegou lá, a mulher está em desvantagem em termos de fertilidade. O homem não tem esse problema.

Hoje, a maioria das clientes tem mais de 35 anos. São mulheres que quiseram construir uma carreira antes dos filhos. Quando comecei, a idade média era mais baixa, porque as pessoas se casavam muito cedo. Essa mudança sociológica aconteceu nos últimos 30 anos. As novas famílias, independentemente de sua configuração, começam a se formar muito mais tarde. A idade é implacável. Ainda não há solução para o fato de a fertilidade declinar com o passar dos anos.

CAPÍTULO 30 - OS BEBÊS DA PONTE RIO-ANGOLA

Apesar das dificuldades com que lidamos no dia a dia, a reprodução assistida no Brasil já virou sinônimo de excelência fora do país, em especial em Angola. A partir do início do século XXI, casais angolanos começaram a chegar à clínica, em busca de ajuda para ter um filho. Mas criar essa ponte Rio-Luanda não foi fácil. Os primeiros pacientes enfrentavam uma série de obstáculos logísticos: não havia voos diretos, o país tentava se erguer após uma devastadora guerra civil, faltava informações sobre os tratamentos e as condições do atendimento de saúde em Angola eram extremamente precárias.

Infelizmente, neste último aspecto, a situação ainda está longe do ideal. Tanto que algumas pacientes preferem esperar o nascimento do bebê no Brasil. Chegam a contratar um plano de saúde aqui, para garantir uma gestação mais tranquila. Outras não se incomodam de fazer o parto na rede pública, cujo atendimento ainda é muito melhor do que em Angola. No último levantamento, contei 130 bebês angolanos nascidos com a ajuda de nossa clínica.

Com mais de dez anos de parceria, já consigo traçar um perfil do paciente de além-mar. Em Angola, um homem ou uma mulher estéril são como uma árvore seca. Culturalmente, eles admitem que o marido abandone a esposa caso ela não possa lhe dar filhos. Então, as pacientes chegam desesperadas por não conseguir a almejada gravidez. Sabem que a fertilidade será determinante para conseguir um parceiro.

Aqui e ali, porém, já percebo algumas mudanças sociais. O país prospera, uma nova classe média surge e a informação se espalha com mais rapidez e menos preconceito. Os homens já aceitam a ideia de que o problema de concepção pode ser deles – e, se preciso, concordam com a doação de sêmen. Afinal de contas, muitos deles mantêm em segredo que recorreram a um tratamento de fertilidade.

Graças à internet, diariamente recebo consultas de Angola, via e-mail, e creio que nosso país se firmou como a opção número um em termos de reprodução assistida. Há alguns anos, os angolanos buscavam ajuda em Portugal, mas, lá o tratamento é mais caro. A outra opção, África do Sul, acabou descartada pela barreira da língua. Os pacientes dizem preferir serem atendidos por médicos e especialistas que falam português e não o inglês dos sul-africanos.

Quando recebo esses pacientes, levo em conta as condições locais precárias de saúde e higiene. Logo na primeira consulta, pergunto se o paciente já teve alguma doença importante, além do paludismo e da febre tifoide, que são disseminados no país. Mais da metade da população, segundo dados da Universidade Católica de Angola, não tem água tratada. Em consequência, sobram casos de infecção urinária ou intestinal.

Nos casos que requerem fertilização in vitro, sempre sugiro para os casais que terão os filhos em seu país natal que não coloquem três embriões. Angola não tem UTI neonatal e a sobrevivência de gêmeos ou trigêmeos exigirá recursos financeiros para um atendimento no exterior que nem todas as famílias possuem. O conselho costuma a causar alguma frustração. Para um povo em que ter filhos é uma vitória, gêmeos são uma bênção. Mas prevalece a prioridade para a saúde dos filhos. E o casal tem o recurso de congelar os embriões e, tempos depois, gerar mais uma criança.

Minha experiência com o povo de Angola é a melhor possível. São pacientes educados, que seguem à risca as instruções médicas e não se importam de fazer um esforço enorme, com sacrifício financeiro, para deixar seu país e ficar longo tempo longe, apenas para realizar o sonho de ter um filho. O vínculo é para sempre. Frequentemente, recebo fotos dos filhos. Muitos voltam ao Brasil apenas para trazer as crianças. E tenho muito orgulho de contar que um desses pacientes batizou o filho como Luiz Fernando Dale, acrescentando os sobrenomes da família.

CAPÍTULO 31 - AS NORMAS QUE REGULAMENTAM O SETOR

Há 38 anos, quando comecei a trabalhar com reprodução assistida, não havia leis ou normas que regulamentassem o setor. A ética era particular, o bom senso me orientava e tomava decisões sozinho – no máximo, em consenso com os demais profissionais da clínica. Somente em 1992, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou sua primeira norma sobre o tema, atendendo à reivindicação da classe. Entre outras medidas, ela determinava o implante máximo de quatro embriões, proibia a venda de óvulos, criava a figura do útero de substituição e regulamentava o funcionamento das clínicas. Para aquele momento, bastava, embora deixasse margem para dúvidas. Num artigo, dizia que os tratamentos se destinavam a mulheres. Em outro, que a paciente precisava do consentimento do parceiro ou cônjuge.

O tempo passou, a tecnologia evoluiu; e a sociedade, também. Em 2010, o Conselho refez a norma, com uma mudança importantíssima: explicitou que podíamos tratar casais homoafetivos, ao dizer que os procedimentos estariam acessíveis para “todas as pessoas capazes”. A nova resolução estabeleceu o padrão para o implante de embriões. Até os 35 anos, dois embriões; dos 36 aos 39, até três embriões; a partir dos 40, até quatro embriões. No artigo VIII, o CFM autorizou a reprodução assistida post-mortem, desde que haja autorização prévia específica do falecido para uso do material congelado. A partir daí, ao preencher os formulários de consentimento para o tratamento, tanto o homem quanto a mulher permitem ou não o uso das células progenitoras, caso morram.

Paralelamente às ações da categoria, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) estabeleceu regras para o funcionamento das clínicas de fertilidade. Esses dois movimentos ajudaram a esfriar os ânimos do Congresso Nacional para criar leis que regulamentem o setor. Os projetos que começaram a ser

discutidos engessavam completamente o trabalho dos médicos. Uma das propostas seguia o modelo italiano. Lá, o Parlamento determinou que a mulher poderia produzir quantos óvulos quisesse, mas só dois seriam fecundados. Se não fecundassem, paciência. Se fecundassem, os dois seriam implantados. O congelamento era proibido. Com isso, você fechava a porta para o diagnóstico de doenças genéticas, já que esse procedimento requer fazer a biópsia, congelar o embrião e esperar o resultado, para ver se ele pode ou não ser colocado. A doação de óvulos também foi vetada. Resultado: casais italianos acorreram em massa às clínicas espanholas, que tinham regras bem mais liberais. O projeto acabou sendo superado por nova lei, que contemplava a realidade. Não precisamos de leis que regulem a Medicina, mas normas da classe, que sejam votadas por profissionais médicos, defendidas por especialistas, e não votadas por deputados que nada entendem do assunto.

Lógico que o setor precisa ter suas regras. Elas só não podem ser criadas na esteira de escândalos. Se um médico comete um crime, deve ser punido por este delito. Não faz sentido criarmos leis absurdas que impeçam os profissionais corretos de tratarem seus pacientes com bom senso e honestidade.

Em geral, as normas do Conselho versam sobre os tratamentos e as possibilidades. Os fatos são discutidos por um colegiado. Às vezes, porém, o excesso de zelo leva a generalizações. Um exemplo é a proibição de tratamento para mulheres acima de 50 anos. Considero arbitrário esse limite de idade. Se uma mulher de 49 anos, diabética e hipertensa, pode engravidar, porque uma de 51 anos, em pleno gozo de sua saúde, não teria a mesma chance? Creio que a decisão deve estar relacionada à condição física e não à idade da paciente.

O CFM recebeu muitas críticas dos profissionais do setor e anunciou que pretende rever essa decisão. A Justiça, inclusive, já se antecipou e autorizou pelo menos uma paciente acima do limite de idade a se tratar.

Sob o aspecto médico, acima de 45 anos, a chance de conceber com um óvulo próprio é praticamente nula. Lógico que, vez ou outra, uma mulher acima dessa idade consegue engravidar. Mas posso

garantir: é exceção. De qualquer forma, não cabe ao Conselho criar barreiras etárias.

A Justiça tem se mostrado atenta aos avanços do nosso setor. Aqui e ali acontece alguma hesitação – um juiz menos informado que se deixa influenciar por questões emocionais ou de fundo religioso, ou um perito sem conhecimento de Medicina Reprodutiva, por exemplo. Mas, em geral, o bom senso prevalece.

Hoje, posso contar diversos episódios que gerariam discussões nas quais, mais uma vez, o bom senso tem que prevalecer. O casal congela embriões e morre num acidente de carro. A família resolve tentar um útero de substituição. É correto os avós quererem perpetuar um neto de pais que não estão mais aí? Outro exemplo são os casais homoafetivos femininos. Há alguns anos, apenas uma das mães teria direito a registrar a criança. Hoje, qualquer juiz concede um alvará para que o bebê leve o nome das duas.

A Justiça também tem intercedido para decidir sobre a posse do óvulo, do esperma e do embrião. O óvulo é só da mulher. O esperma, só do homem. Quando não quiserem mais usar esse material, podem decidir sozinhos pelo descarte. O embrião, porém, é do casal e, para usá-lo, os dois autorizam. Atendi um paciente que, após se separar da mulher, avisou que proibia a clínica de ceder os embriões à ex, por acreditar que qualquer tentativa dela teria fins patrimoniais. Uma preocupação desnecessária porque, sem a assinatura dele, ou sem uma ordem judicial, os embriões jamais seriam utilizados.

Tratei um casal que preservou o esperma do marido com câncer. Em determinado momento, a mulher solicitou a amostra para inseminação. Num procedimento de rotina, pedi a assinatura do marido. A paciente confessou que ele morrera e que utilizar o sêmen para uma concepção post-mortem. Não liberei e ela recorreu à Justiça, que autorizou a utilização do esperma preservado.

Questões éticas e morais estarão sempre em discussão na Medicina de Reprodução. O pensamento de um pode não ser o do outro, daí os pontos de divergência. Por isso, sempre me valho do bom senso e da opinião dos profissionais do corpo clínico ao dividir uma decisão

que pode ser pesada para ficar nas mãos de um único médico. E casos que fogem à regra devem ser intermediados pela Justiça. Afinal de contas, além do direito à vida, estamos lidando com situações que podem envolver heranças e patrimônio.

CAPÍTULO 32 – PRECISAMOS FALAR SOBRE PLANEJAMENTO FAMILIAR

Deixando de lado as questões morais ou religiosas, nossa sociedade precisa falar sobre o aborto e entendê-lo no contexto do planejamento familiar. Em países onde o procedimento é legalizado e as famílias têm apoio para planejar seu crescimento, o número de mulheres que interrompe a gravidez diminuiu radicalmente. Em vez de apelar seguidamente para um procedimento invasivo, as pacientes são orientadas a usar contraceptivos. Creio que não é mais possível ignorar que há uma indústria do abortamento clandestino, que mata uma brasileira a cada dois dias. O Ministério da Saúde estima que, anualmente, essas clínicas interrompem um milhão de gestações.

O aborto não espontâneo é um episódio que deixa marcas profundas na vida de uma mulher. Frequentemente, atendo mulheres que, na juventude, optaram por interromper a gravidez e que, hoje, diante da dificuldade para conceber, verbalizam que estão sendo punidas pelo ato do passado. Nessas horas eu lembro que, se voltassem no tempo, provavelmente agiriam da mesma maneira. O abortamento é, de fato, uma causa importante de infertilidade, embora nem sempre seja a origem do problema.

A mulher que hoje tem 35, 38 anos faz parte de uma geração que viveu o boom da liberação sexual. Sem informação adequada, muitas engravidaram e recorreram ao aborto. Ou seja, entraram em uma clínica clandestina, sem as condições ideais de equipamento e mão de obra, e interromperam a gestação. Saíram de lá com uma cicatriz emocional e, talvez, com sequelas físicas. Manipular o útero no momento em que o órgão está mais fragilizado é um processo bastante delicado. Imagine o quanto isso se torna mais grave diante de um atendimento precário.

Quando ainda era residente no Hospital Miguel Couto, na Zona Sul do Rio de Janeiro, cansei de atender pacientes em estado deplorável após um abortamento malfeito. Na época, o preconceito era enorme. Éramos orientados a fazer a curetagem sem anestesia, numa sala

batizada de abortário. Desde aquela época, já me impressionava o sofrimento dessas mulheres, obrigadas a se submeter a um tratamento desumano numa situação de extremo desconforto psicológico.

Hoje, a lei brasileira permite o aborto em três circunstâncias: quando há risco para a gestante, quando a gravidez é decorrente de um estupro ou em casos de fetos com anencefalia (bebês sem a calota craniana, que morrem logo após nascer). Nestas hipóteses, a mulher pode recorrer a uma unidade pública de saúde. Ainda não é simples conseguir realizar o procedimento, mas já foi um avanço.

Creio, porém, que é preciso ir mais longe nessa discussão. Com a tecnologia de que dispomos, cada vez mais descobrimos doenças que são incompatíveis com a vida ou que levarão esses indivíduos e suas famílias a enfrentar uma existência de dificuldades e tristeza. Não seria o caso de ampliarmos a terminação da gestão para outras patologias, principalmente aquelas que sabemos que os bebês não nascerão vivos ou que morrerão logo após o parto? Enfim, a sociedade e nossos representantes deveriam tratar desse assunto sem preconceitos.

De qualquer forma, discutir a legalização do aborto é botar na ordem do dia a pauta do planejamento familiar. A França poderia servir de modelo. O aborto é legalizado há 40 anos e não há clínicas clandestinas. A mulher procura um hospital e relata que gostaria de interromper a gravidez. Após o procedimento, ela é encaminhada ao atendimento de planejamento familiar e passa a ser acompanhada por uma equipe técnica. Resultado: apenas uma morte por abortamento a cada ano.

Em Portugal ou na Suécia, a situação é idêntica. No vizinho Uruguai, após a descriminalização do aborto, o número de procedimentos passou de 33 mil ao ano para quatro mil. As estatísticas francesas indicam ainda que apenas 3% das mulheres férteis mantêm relações sexuais sem o uso de métodos contraceptivos. Ou seja, quando bem orientadas, preferem evitar a gravidez a usar um método tão danoso psicologicamente para interrompê-la.

Como médico e como cidadão, sou um defensor do planejamento familiar. Tanto a mulher que quer engravidar quanto a que não quer precisam ter acesso a serviços de orientação. A cada ano, os hospitais públicos socorrem 250 mil mulheres com sequelas após um abortamento clandestino. Qual o custo desse atendimento? Não seria melhor usar essa verba para cuidar das mulheres antes da concepção? Desde 1996, a Lei Federal 9.263 torna o planejamento familiar um direito de todos os brasileiros. Na prática, quase 20 anos depois, mal saiu do papel. Fazê-la valer é um tema que não pode mais ser ignorado.

CAPÍTULO 33 - SERVIÇO PÚBLICO + ESCOLHA DO PROFISSIONAL

Desde dezembro de 2012, o Ministério da Saúde passou a oferecer tratamento de infertilidade pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A portaria 3.149 destinou R\$ 10 milhões para nove centros, tentando desafogar uma demanda cada vez maior. Na prática, porém, as unidades públicas que oferecem o serviço têm filas de espera de até cinco anos e muitas restrições aos pacientes que podem ser beneficiados. A maioria, por exemplo, dá preferência a mulheres de menos de 35 anos, que tem uma chance maior de engravidar.

Sem falar que essas unidades estão, basicamente, concentradas no Sul/Sudeste. São Paulo e Porto Alegre, ambas com dois hospitais; e Ribeirão Preto, Belo Horizonte, Porto Alegre, Brasília, Recife e Natal (com uma unidade), são as cidades em que há um serviço público de fertilidade. Segundo a Sociedade Brasileira de Medicina Reprodutiva, o ideal é que sejam atendidos, anualmente, mil casos para cada milhão de habitantes. No Brasil, a rede pública faz 1,8 mil casos por ano. Uma defasagem enorme.

No Rio de Janeiro, a Fiocruz vai construir o Hospital da Mulher, na Quinta da Boa Vista. Particpei da equipe que elaborou o projeto de atendimento em reprodução humana. A unidade está prevista para 2017, mas é uma conquista importante para uma parcela da população que hoje não tem tratamento.

No Instituto Nacional Fernandes Figueira, onde também atendo, está sendo elaborada uma proposta de parceria da instituição com as clínicas de fertilidade. As pacientes com indicação de fertilização in vitro – procedimento ainda não disponível na rede pública do Rio – receberiam uma lista de todas as unidades particulares onde podem fazer a doação de óvulos compartilhada.

No Fernandes Figueira, por enquanto, o casal encontra apenas o básico: medicação para induzir a ovulação e alguma correção anatômica por meio de cirurgia. Mesmo com poucos recursos, há

muitas histórias de sucesso. Recebi uma paciente que, ao entrar na sala de atendimento, perguntou se poderia me dar um abraço. Respondi que sim. Sorridente, ela me explicou que tinha dois motivos para me abraçar. Sua mãe tinha sido minha paciente, há 20 anos, no próprio Fernandes Figueira, e engravidara dela, com o meu auxílio. A jovem também apresentava problemas de fertilidade e se disse feliz de poder contar comigo.

Um dos nós do atendimento no serviço público é a falta de profissionais qualificados. O Conselho Federal de Medicina ainda não reconhece a reprodução humana como uma especialidade. Oficialmente, somos ginecologistas. Na Inglaterra e nos Estados Unidos é diferente. Você faz ginecologia e, em seguida, endocrinologia reprodutiva. Sai preparado para atuar em Medicina de Reprodução.

Durante muitos anos, a especialização em reprodução tinha, como requisito, a formação em algum centro fora do país. Ainda hoje, as residências em ginecologia não são específicas para o atendimento na área de fertilidade. Os residentes do Fernandes Figueira, por exemplo, acompanham o trabalho ambulatorial, estagiam na nossa clínica privada e participam de cursos. Mas ainda é pouco. Por isso, aos recém-formados, sugiro fazer uma boa residência geral e partir para a especialização aqui ou no exterior.

Em São Paulo, existe um curso de especialização, com aulas teóricas, mas pouca prática. Outra opção é o curso à distância da Rede Latino-americana de Reprodução Assistida (Red Lara). Os aprovados conseguem uma vaga para estagiar numa clínica da entidade. Agora, saiba que você jamais vai parar de estudar. Levei dez anos para receber o primeiro paciente no consultório. Foram seis de faculdade, a residência e mais a pós, na França. Desde então, participo de congressos internacionais duas ou três vezes por ano, leio três revistas especializadas por mês e consulto um sem número de publicações na internet. Esta busca pelo conhecimento é imprescindível, porque, com dezenas de pesquisas acontecendo no mundo todo, o profissional precisa estar sempre atualizado.

Aos casais que precisam de ajuda, minha sugestão é que procurem direto uma clínica de fertilidade, em vez de ficar pulando de

ginecologista em ginecologista. Se quiser ter certeza da qualificação dos profissionais, basta consultar a Sociedade Brasileira de Reprodução Humana ou a Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida. A primeira entidade cuida tanto da concepção quanto da contracepção. A segunda lida com os tratamentos de laboratório. Portanto, os médicos filiados a uma ou outra entidade tem um reconhecimento da categoria para trabalhar nessa área.

CAPÍTULO 34 - E ASSIM SE PASSARAM QUATRO DÉCADAS...

Olhando em retrospectiva, posso ver o quanto a Medicina Reprodutiva evoluiu – no exterior, os profissionais já usam robô para operar. No Brasil, ainda levará alguns anos para engrenar. Para dar uma ideia, ao abrir meu primeiro consultório, todo orgulhoso, botei uma placa: “Esterilidade masculina e feminina, ginecologia e obstetrícia”. Levei uma bronca de um paciente. “Doutor, eu não sou estéril. Tenho dificuldade para engravidar”, disse-me. No dia seguinte, mandei trocar a tal placa.

Na época, 99% do atendimento eram de ginecologia e obstetrícia. Aos poucos, outros especialistas começaram a se estabelecer, principalmente em São Paulo. Comecei a montar uma rede para trocar informações. Tudo ainda era muito incipiente e somente em 1982 fiz o primeiro tratamento de inseminação com espermatozoides de doador. Dois anos depois nasceu o primeiro bebê brasileiro por fertilização *in vitro*, e a coisa começou a deslanchar.

Eu já usava técnicas e equipamentos trazidos da França e, principalmente, tratava o casal. Até então, a mulher ia ao ginecologista; o homem, ao andrologista, e ninguém avaliava a possibilidade de um problema conjunto. Mas em termos de procedimentos tínhamos poucas opções. Ou resolvíamos problemas de ovulação ou alguma disfunção que pudesse ser corrigida por cirurgia. Na prática, de cada dez pacientes, apenas uma conseguia engravidar.

Em 1987, demos mais um passo pioneiro, com a inauguração do Centro de Medicina de Reprodução Humana do Rio de Janeiro, o primeiro do Estado e quarto do país. Oferecíamos o atendimento ao casal, os exames de diagnóstico e o laboratório de fertilização *in vitro*. Meus parceiros eram o Sérgio Simões e Paulo Baião, pioneiros da ultrassonografia no Brasil, e o geneticista Walter Pinto.

No boca a boca, começaram a aparecer os primeiros casais. A tecnologia era precária e precisava ser importada, o que significava enfrentar uma burocracia inacreditável. Em 1988, trouxe Jean Cohen ao Rio. Logo depois, conseguimos a primeira gravidez. Mas, aos dois meses, a paciente sofreu um aborto espontâneo. O estresse me causou uma paralisia facial. Não desisti. O primeiro caso positivo, os pais preferiram manter em sigilo. Mesmo assim, chamei a imprensa e anunciei que o primeiro bebê carioca por fertilização in vitro tinha nascido, mas tive que omitir nomes e o próprio bebê.

E por que contar? Sabia que outros casais com problemas de fertilidade se sentiriam encorajados a pedir ajuda. E olhe que a taxa de sucesso chegava, no máximo, a 20% das tentativas. Você lidava com muita frustração. Cada vitória era “a” vitória. E reaplicava cada centavo em treinamento e em equipamentos, para sempre oferecer o que tivesse de mais avançado no mercado. A clínica levou uns 15 anos para dar o primeiro dividendo.

Assim, foram surgindo novas técnicas. A videolaparoscopia permitiu, num mesmo processo, fazer o diagnóstico e corrigir o problema. Com a ressonância magnética, passamos a ter diagnósticos mais precisos sem precisarmos ser tão invasivos com paciente. Os exames laboratoriais também evoluíram a tal ponto que já posso escolher o melhor óvulo e o melhor espermatozoide para fertilizar. Detecto doenças genéticas e consigo embriões saudáveis. E tenho certeza que não vai parar por aí.

Para mim, ficou uma lição. Alguns anos após voltar ao Brasil, fui convidado a dirigir uma instituição que coordenava o projeto de planejamento familiar da Fundação Rockefeller no Brasil. Deveria então me engajar na bandeira da contracepção. Na reunião em que eu seria eleito, uma voz se levantou veementemente contra a minha indicação. Era o professor baiano Elsimar Coutinho, um dos nomes mais importantes da ciência da reprodução em nosso país. Recordista em publicações sobre o tema, ele descobriu alguns hormônios que até hoje são usados. Fiquei chateado porque, além de considerá-lo um ídolo, ele era meu amigo.

A indicação não saiu e eu me preparava para ir embora quando Coutinho me chamou para conversar. Perguntou-me se, depois de

fazer pós-graduação, obter um diploma na Université de Paris e passar três anos de sufoco na França, queria realmente me tornar um burocrata, apenas pela vaidade de administrar clínicas de contracepção no país e pelo confortável salário.

Elsimar Coutinho, que, até hoje, atende em minha clínica – e atrai uma legião de pacientes que formam fila para a consulta – estava certo. Ele retomou uma conversa que, anos antes, eu tivera com meu pai. Quando fazia o Ensino Médio no Colégio Santo Inácio (na época, chamávamos de Científico), quis fazer um curso técnico e arrumar um emprego. Meu pai me alertou que, se um começasse a ganhar dinheiro ali, acabaria abrindo mão da formação universitária e reduziria as oportunidades profissionais em meu futuro. Nem preciso dizer que meus dois pais – o biológico e o médico – me colocaram no rumo certo. Não teria chegado tão longe em minha especialidade se não fosse por eles.

Mais de três décadas após ter começado, não tenho dúvidas de que, na Medicina Reprodutiva, o pulo do gato aconteceu no momento em que passamos a tratar o casal em conjunto. Antes, era cada qual com sua especialidade. As duas paralelas, como prega a geometria, nunca se encontravam. O homem também precisou vencer o preconceito de que fertilidade é coisa de mulher. E a experiência deixa claro que o desejo de ter um filho é um ato de amor que fortalece o casal. Não importa se o problema está aqui ou ali. Juntos, eles vão enfrentar com mais segurança a batalha do tratamento e, dê certo ou não, terão a certeza de que não mediram esforços para realizar o sonho de construir uma família.

Dr. Luiz Fernando Dale

Diretor Geral da Clínica Dale pioneira no Brasil a tratar casais e a realizar o sonho de uma gravidez.

Formado em 1976, no Rio de Janeiro, fez especialização em ginecologia na Pontifícia Universidade Católica. Em 1978/80, especializou-se em Medicina da Reprodução, pela Universidade de Paris V, e trabalhou neste período como assistente do Professor Jean Cohen, no Hôpital de Sèvres, também em Paris.

Realizações

Primeira gestação por fertilização in vitro do Rio de Janeiro (nascido 1989).

A primeira gestação por fertilização in vitro com nascimento de quádruplos do Brasil (1996).

A primeira gestação com doação de óvulos em mulher na menopausa (52 anos) do Brasil 1994.

A primeira gestação conseguida com ICSI no Rio de Janeiro (1996).

Clínica Dale.

Rua Lauro Muller, 116 - Grs. 903 / 1202 - Torre do Rio Sul -
Botafogo - Rio de Janeiro

Telefones: (21) 2543.3113 - (21) 2543.1355 - (21) 99763.0506

WhatsApp - 21 96453-1648

Fax: (21) 2541.5814

Site: <http://www.clinicadale.com.br>

Estamos nas Redes Sociais - Facebook | Instagram | Twitter |

YouTube - @clinicadale

Copyright © Luiz Fernando Dale, 2017

Coordenação editorial

Paschoal Ambrósio Filho e Roberto Sander

Preparação de originais

Adriana Giglio

Revisão

Caroline Salzmann

Diagramação

Nana de Oliveira

Capa

Felipe Aviz

Proibida a reprodução total ou parcial deste conteúdo.

ISBN 978-85-62063-83-1