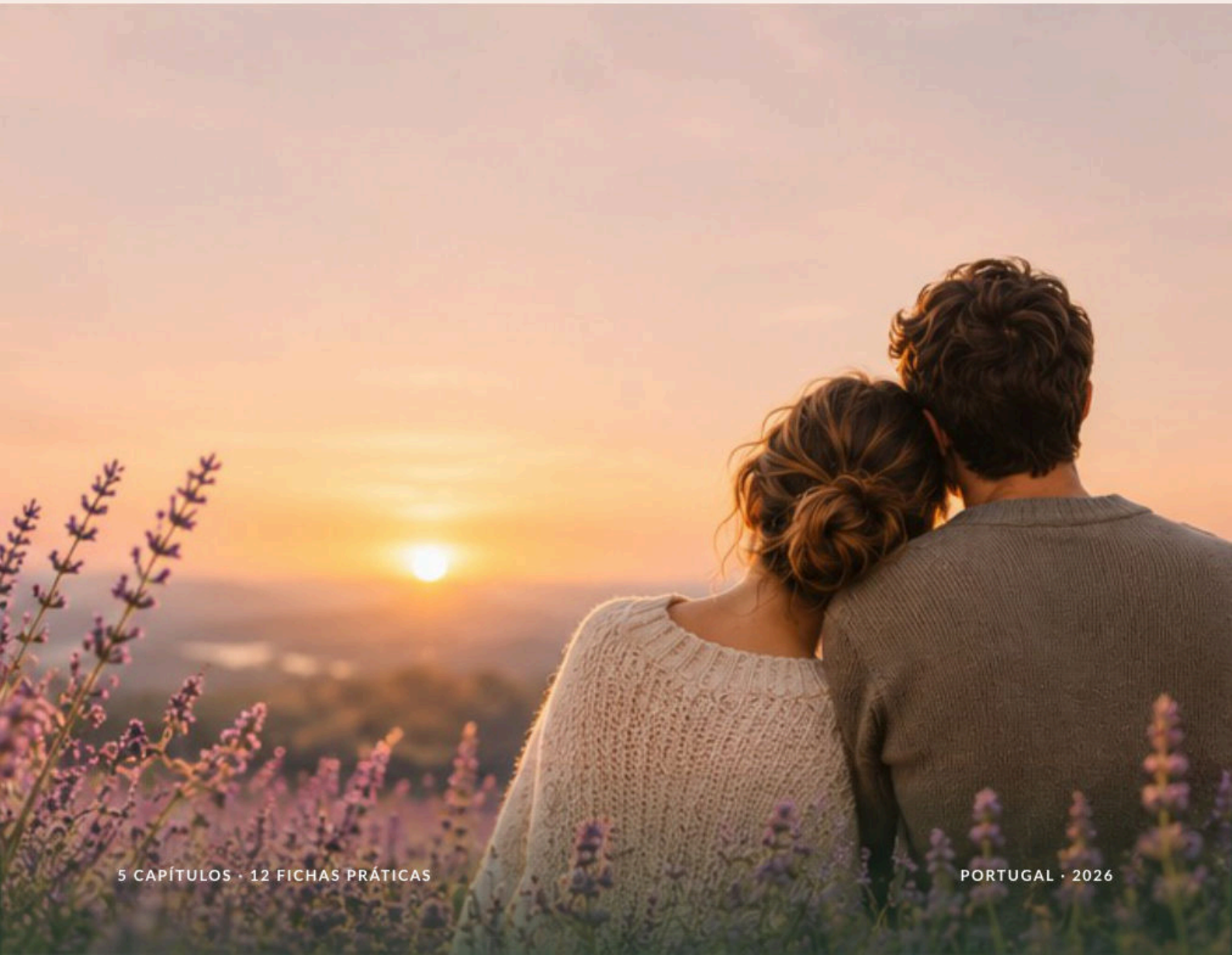
SOFIA JARNALO · EDIÇÃO PREMIUM

GUIA DE APOIO EMOCIONAL E ORIENTAÇÃO SOBRE INFERTILIDADE

Juntos, *mesmo* na espera.

Conhecimento para compreender.
Cuidado para atravessar a espera.
Clareza para decidir a dois.



5 CAPÍTULOS · 12 FICHAS PRÁTICAS

PORTUGAL · 2026

Antes de começar



Se chegaram até aqui, provavelmente há um sonho que ocupa um lugar muito especial nas vossas vidas: ter um filho.

Talvez tenham começado com entusiasmo, imaginando que a gravidez surgiria naturalmente. Talvez já tenham escolhido nomes ou imaginado como seria partilhar a notícia com a família. Mas os meses passaram e as perguntas começaram a acumular-se: **Porque é que ainda não aconteceu? Estaremos a fazer alguma coisa errada? Devemos procurar ajuda?**

Talvez já tenham recebido um diagnóstico, atravessado uma perda gestacional ou iniciado tratamentos. Cada percurso é diferente. O que muitas pessoas partilham é a sensação de que uma parte da vida ficou suspensa.

Este guia foi pensado para vos oferecer informação clara, ferramentas práticas e espaço para as emoções. Não promete uma gravidez. Não substitui profissionais de saúde. Pretende ajudar-vos a fazer melhores perguntas e a participar nas decisões com mais clareza.

> UMA IDEIA PARA GUARDAR
>
> **O vosso valor não depende de uma análise, de uma ecografia ou do resultado de um tratamento.**

PARTE 01 / JUNTOS, MESMO NA ESPERA

O turbilhão emocional



Quando cada mês se torna uma nova espera

No início de um ciclo pode existir entusiasmo: um novo mês, uma nova possibilidade. Prestam atenção ao período fértil, observam sinais do corpo e imaginam que desta vez será diferente. Depois surge um teste negativo ou a menstruação. A esperança transforma-se em desilusão — e tudo recomeça.

Este ciclo repetido de expectativa e perda pode tornar-se exaustivo. Há quem deixe de fazer planos porque teme estar grávida; há quem passe a recear a data em que faria o teste; há quem sinta que os dias giram em torno da ovulação, dos exames e dos resultados. **O desgaste emocional merece ser levado a sério**, mesmo quando ainda não existe um diagnóstico.

> CONFORTO · 01
>
> **É possível ter esperança e estar cansado de esperar. Uma emoção não invalida a outra.**

Culpa, vergonha e a sensação de que o corpo «falhou»

A infertilidade pode fazer surgir pensamentos difíceis: «Devia ter começado mais cedo?», «Será que fiz alguma coisa errada?», «Estou a desiludir a pessoa que amo?». É comum procurar uma explicação pessoal para um problema que pode ter múltiplos fatores biológicos.

Podem existir fatores femininos, masculinos, combinados ou causas que permanecem por explicar. A dificuldade em engravidar não é um juízo sobre as escolhas de vida, a identidade ou a capacidade de amar. Quando o sentimento de culpa aparece, tentem distinguir **factos médicos** de **interpretações dolorosas**.

Exame e unidade	Referência ou indicador frequente	Quando é interpretado	O que não permite afirmar
Progesterona — ng/mL	**> 3 ng/mL** (cerca de **9,5 nmol/L**) sugere ovulação recente. Alguns laboratórios usam **> 30 nmol/L** como evidência forte com colheita bem temporizada.	Cerca de **7 dias antes da menstruação esperada**, não obrigatoriamente no dia 21.	«Qualidade» da fase lútea ou viabilidade de uma gravidez.
LH — UI/L	Exemplo de intervalo na fase folicular: **2,4–12,6 UI/L**; os valores sobem acentuadamente no pico ovulatório.	Depende da fase do ciclo e do motivo clínico.	Que houve ovulação apenas por um valor sanguíneo isolado.
Folículos antrais — n.º	Uma contagem **inferior a 5–7**, em alguns protocolos, associa-se a menor resposta à estimulação; não é limite diagnóstico universal.	Ecografia preferencialmente no início do ciclo.	Qualidade dos ovócitos ou probabilidade de gravidez natural.

Exemplo útil: uma AMH de 0,8 ng/mL e uma FSH de 8 UI/L não são «contraditórias». Medem aspetos diferentes; o estradiol basal, a idade, a ecografia e a história de tratamentos ajudam a interpretar o conjunto. A AMH é sobretudo um instrumento de planeamento da estimulação, não um teste definitivo de fertilidade. [1][12]

Tiroide, prolactina, vitamina D e ferro: referências de saúde, não «números mágicos»

Análise e unidade	Valor de referência ou limiar clínico	Pormenor essencial
TSH — mUI/L	Os intervalos laboratoriais são variáveis. Quando não existe limite laboratorial adequado, a ASRM refere **4,12 mUI/L** como limite superior orientador para não grávidas em contexto definido.	**TSH < 2,5** não é uma meta universal para todas as pessoas que tentam engravidar; gravidez ou doença tiroideia tratada podem exigir objetivos individuais.
Prolactina — mUI/L	Exemplo de um laboratório para mulheres adultas não grávidas: **102–496 mUI/L**. Outros laboratórios apresentam limites diferentes.	O stress da colheita, medicamentos e outras condições podem aumentar o resultado; avaliação dirigida quando há sintomas.
25-OH vitamina D — ng/mL	**50–70 ng/mL** pode ser usado por algumas equipas como intervalo-alvo de otimização. Valores abaixo disso podem motivar correção quando existe deficiência ou insuficiência.	**Esta faixa 50–70 ng/mL não é um consenso universal específico da fertilidade**; deve ser interpretada com o médico e com a unidade correta. Evitar suplementação elevada sem orientação.
Ferritina — µg/L	A OMS utiliza **<15 µg/L** como limiar indicativo de deficiência de ferro em adultos aparentemente saudáveis; com inflamação a interpretação muda.	Ferritina elevada também pode refletir inflamação; **não existe uma «ferritina ideal para engravidar»**.

Ficha 01 · O nosso ponto de partida

Data: _____

O que sabemos com segurança? (exames, antecedentes, informação dada pela equipa)

O que ainda é uma hipótese ou dúvida?

Qual é a principal decisão dos próximos 30 dias?

O que podemos fazer agora? ☐ Marcar consulta ☐ Reunir relatórios ☐ Fazer perguntas ☐ Procurar apoio ☐ Outro: _____