



Boletim da WOOMB Internacional Ltda

Vol. 48 N° 2 julho 2021

ISSN 2202-7599

WOOMB
World Organisation/Ovulation Method/Billings

Credidimus caritati
Nós colocamos nossa fé no amor

**WOOMB Internacional Ltda
continuando o trabalho dos
Drs. John e Evelyn Billings de
levar o
Método de Ovulação
Billings® para o mundo.**



Índice

		Pág.
Nesta Edição	<i>Editor</i>	2
Estratificação do potencial de fertilidade de acordo com os sintomas do muco cervical: conseguir a gravidez em casais férteis e inférteis	<i>Marie T Marshall, Marian Corkill, Mark F Whitty, Adrian Thomas, Joseph V Turner</i>	3
Notícias dos Diretores da WOOMB Internacional Ltda		10
Atividade Ovariana, fertilidade e o Método de Ovulação Billings®: revisão e atualização	<i>Gillian Barker</i>	11
Perguntas aos Instrutores Experientes		17
Dos Arquivos: Uma Canção de Amor	<i>John e Lyn Billings</i>	18
Notícias ao Redor do Mundo		21
• Itália		
• Brasil		
• Filipinas		
• Vietnã		
• Irlanda		

Sua inscrição/doação

WOOMB Internacional continua o trabalho dos fundadores promovendo o Método de Ovulação Billings® e garantindo que onde quer que seja ensinado globalmente, seja o Método autêntico sem variação, e que apenas materiais de ensino e treinamento aprovados pela WOOMB Internacional sejam usados. O Boletim fornece um meio para compartilhar artigos e notícias de todo o mundo. Agradecemos sua assinatura anual de AUD \$ 25, que garantirá sua produção contínua.

Boletim Inscrição: AUD \$25 Doação: \$ _____

Faça uma doação online segura hoje em www.givenow.com.au/billingslife. No espaço da mensagem, escreva: "WOOMB Internacional Bulletin Subscription / Donation". Alternativamente, você pode pagar via PayPal usando o endereço de e-mail manager@thebillingsovulationmethod.org ou e-mail para o mesmo endereço para obter detalhes da conta bancária para fazer seu pagamento por EFT.

Nesta Edição

Prezados,

Bem-vindos a esta segunda edição do Volume 48 do Boletim da WOOMB Internacional. É incrível pensar que em alguns anos celebraremos os 50 anos do Boletim em suas várias edições e damos graças a Deus por saber que estamos sobre os ombros de gigantes para continuar a trazê-lo para vocês. Lembramos especialmente com carinho as contribuições extraordinárias do Dr. John Billings e do Sr. Lou Bennett, que produziram o Boletim nos primeiros trinta anos.

Nesta edição, estamos entusiasmados por finalmente podermos reimprimir o artigo de jornal, conforme aceito para publicação na *Human Fertility*, do estudo retrospectivo da eficácia do Método de Ovulação Billings® na assistência a casais que desejam engravidar. Todos esses casais compareceram às nossas Clínicas Billings australianas por um período de 5 anos queixando de dificuldade em conceber e os resultados falam por si, com uma taxa de sucesso de 75,8% entre casais com "alto potencial de gravidez" (bom sintoma de muco), mas até 43,9% taxa de sucesso entre casais com "baixo potencial de gravidez". Também foram avaliados fatores como a idade do casal e o tempo que tentavam engravidar. Tem sido um trabalho contínuo de amor ao longo de muitos anos, especialmente para Marie Marshall (Responsável pela Pesquisa) e Marian Corkill, levar isso a bom termo, com agradecimentos especiais ao Dr. Mark Whitty, Dr. Adrian Thomas e Dr. Joseph Turner por sua ajuda na apresentação dos dados de uma forma que sejam aceitáveis para os revisores e editores.

Em nossa próxima edição do Boletim, esperamos também apresentar a você a versão submetida de um artigo publicado sobre a *Apresentação Incorreta da Eficácia Contraceptiva dos Métodos de Conscientização da Fertilidade* pelo Dr. Joseph Turner, que foi publicado no *Journal of Obstetrics and Gynecology Research*. É muito encorajador que tais artigos sejam publicados em revistas médicas respeitáveis e revisadas por pares.

Também nesta edição do Boletim estão as notícias dos Diretores da WOOMB Internacional sobre a nomeação de quatro novos Diretores Associados da WOOMB Internacional, juntamente com a notícia de outro estudo sendo realizado sobre a eficácia do Método de Ovulação Billings® quando casais são ensinados a anotar usando o BillingsApp.

Na página 11 você encontrará um artigo de Gillian Barker de uma apresentação que ela fez para instrutores italianos do Billings sobre *Atividade Ovariana e Fertilidade e o Método de Ovulação Billings®*, que apresenta o trabalho do falecido e saudoso Professor Emérito James B. Brown.

Nossas Perguntas para Instrutores Experientes (pág. 17) cobrem três tópicos separados, sobre os quais se buscou esclarecimento e nosso segmento regular "Dos Arquivos" traz um artigo escrito pelos Drs. John e Lyn Billings nos últimos anos do século 20, que será um prazer especial transmiti-lo, tanto para aqueles que os conheciam e se lembram bem como para os nossos leitores que ouviram tanto sobre eles, mas nunca tiveram a oportunidade de ouvi-los pessoalmente.

Finalmente, as Notícias ao Redor do Mundo trazem informações e fotos da Itália, Brasil, Filipinas, Vietnã e Irlanda.

Obrigado a todos aqueles que escrevem dizendo o quanto gostam de ler o Boletim e, principalmente, àqueles que nos enviam notícias de seus cantos do mundo que fazem as delícias de todos os nossos corações. Enviamos nossos cumprimentos da fria Austrália, atualmente no meio do inverno, esperando que onde quer que estejam seus corações e sorrisos sejam calorosos em qualquer clima.

Editor

Estratificação do potencial de fertilidade de acordo com os sintomas do muco cervical: conseguir a gravidez em casais férteis e inférteis

Marie T. Marshall¹, Marian Corkill¹, Mark F. Whitty², Adrian Thomas¹, Joseph V. Turner^{3,4}

1. *Centro de Pesquisa e Referência do Método de Ovulação da Austrália, Melbourne, Austrália*
2. *Billings Irlanda, Dublin, Irlanda*
3. *Escola Rural de Medicina, Universidade Nova Inglaterra, Armidale, Austrália*
4. *Faculdade de Medicina – Escola Clínica Rural, Universidade de Queensland, Toowoomba, Austrália*

Detalhes para correspondência: OMR&RCA, 2A/303 Burwood Highway, East Burwood VIC 3151
Australia T: +61-39802 2022 / F: +61-3 9887 8572, E: admin@thebillingsovulationmethod.org
www.billings.life / woombinternational.org

Esta versão é um manuscrito aceito de um artigo publicado por Taylor & Francis em Human Fertility em 29 de outubro de 2019, disponível online: <https://doi.org/10.1080/14647273.2019.1671613>

Pode haver algumas diferenças da versão impressa final devido à edição, configuração de tipo e revisão.

Resumo

As mulheres que desejam engravidar desconhecem em grande parte os sintomas de fertilidade no momento da ovulação. Este estudo investigou a eficácia da percepção da fertilidade em conseguir a gravidez, particularmente o padrão de muco fértil, no contexto da infertilidade. As 384 participantes elegíveis foram obtidas de mulheres consecutivas que desejavam engravidar e que compareceram a 17 clínicas Australianas do Método de Ovulação Billings[®] 1999-2003. Esta coorte incluiu casais com infertilidade ≥ 12 meses (51%) e idade feminina > 35 anos (28%). Sob as instruções de conscientização sobre fertilidade, a gravidez foi conseguida por 240 casais (62,5%) após acompanhamento máximo de dois anos. As observações de sintomas de muco estratificaram efetivamente os grupos com "baixo potencial de gravidez" (35,2%) e "alto potencial de gravidez". As taxas de gravidez foram $\sim 30\%$ maiores no último grupo (44,4% versus 72,3%), além dos efeitos consistentes observados no alcance da gravidez em subgrupos definidos por fatores de prognóstico, como duração da infertilidade ($p = 0,001$) e aumento da idade feminina ($p = 0,04$). Sintomas férteis também foram associados com tempo significativamente menor para a concepção (4,2 versus 6,4 meses) em uma análise de sobrevida ($p = 0,003$). As observações do Método de Ovulação Billings[®] previram fortemente uma concepção bem-sucedida. Isso tem a capacidade de fornecer uma abordagem rápida, confiável e econômica para estratificar o potencial de fertilidade, incluindo o direcionamento de investigações / gerenciamento oportunos e direcionados, além de ser acessível para mulheres que podem estar distantes dos cuidados primários ou especializados.

Palavras-chave: infertilidade, ciclo menstrual, reprodução

Introdução

A infertilidade é definida como a falha em engravidar após um ano de relação sexual regular sem contraceptivos, permitindo assim a avaliação oportuna de causas potencialmente tratáveis de infertilidade (Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados, 2013; Comitê de Prática da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva, 2013). As características clínicas de forma independente associadas à baixa probabilidade de concepção natural, incluem o aumento da duração da infertilidade para mais de um ano e o aumento da idade feminina mais de 35 anos (Gnoth et al., 2005; van der Steeg et al., 2007).

O Método de Ovulação Billings[®] é um método clínico validado com base na percepção da fertilidade (FABM - Fertility Awareness-Based Methods) que ensina os casais a identificarem padrões de fertilidade e infertilidade por meio da percepção dos sintomas fisiológicos. Isso permite que os casais controlem a relação sexual com o objetivo de evitar ou conseguir a gravidez. Não se baseia no tempo do ciclo menstrual; em vez disso, a determinação do dia específico de fertilidade / infertilidade é feito com base na sensação vulvar diária e nas observações do muco cervical. Os níveis crescentes de estrógeno da fase fértil se correlacionam com a ativação das diferentes criptas cervicais antes da ovulação, produzindo um padrão de mudança na sensação e fluxo vulvar que leva a uma sensação vulvar escorregadia. O desaparecimento da sensação escorregadia reflete o início do aumento da progesterona e permite a identificação do sintoma 'Ápice' e da ovulação. Aspectos fisiológicos e bioquímicos detalhados de tal percepção da fertilidade, incluindo aplicação

clínica, foram descritos em outro lugar (Vigil, Blackwell, & Cortes, 2012; Brown, 2011).

Numerosos estudos demonstraram aumento da probabilidade de concepção com relações sexuais perto do momento da ovulação durante a "janela fértil" (Evans-Hoeker et al., 2013; Mu & Fehring, 2014; Wilcox, Weinberg, & Baird, 1995). A janela fértil padrão é de aproximadamente 6 dias até e incluindo a ovulação (Ecochard, Duterque, Leiva, Bouchard, & Vigil, 2015). Essa janela pode ser identificada com segurança pela presença de muco cervical do tipo estrogênico (Odeblad, 1997), mesmo quando os ciclos menstruais são irregulares (Billings, 1991). Embora o momento fisiológico da ovulação possa estar atrasado em até 1-2 dias após o Ápice, de uma perspectiva clínica, a probabilidade de concepção é mais alta no dia específico do Ápice (Scarpa, Dunson, & Colombo, 2006; World Health Organization, 1983). Assim, a observação das sensações vulvares combinadas com o padrão e a qualidade do muco fornecem uma estratégia útil para otimizar o momento da relação sexual para conseguir a gravidez. Apesar disso, as mulheres que desejam engravidar desconhecem, em grande parte, os sintomas da fertilidade, enquanto mais de 90% que têm dificuldade em conceber acreditam que as mulheres devem receber educação sobre a fertilidade quando relatam essa dificuldade pela primeira vez (Hampton & Mazza, 2015). A questão preocupante é que os médicos de clínica geral recebem pouco treinamento e têm pouca confiança, além de conhecimento inadequado para aconselhar sobre questões relacionadas à fertilidade (Hampton & Newton, 2016). O Método de Ovulação Billings® tem regras específicas para engravidar (Billings & Westmore, 2011) e as instruções estão disponíveis pessoalmente ou por telessaúde, usando gráficos em papel ou online. Este Método Baseado na Consciência da Fertilidade (FABM) está, portanto, disponível para mulheres na atenção primária em áreas metropolitanas ou rurais / remotas, seja diretamente pelo médico ou como um complemento às consultas de planejamento familiar.

Os objetivos do presente estudo foram: (1) identificar os fatores associados à obtenção da gravidez com base em gráfico de percepção da fertilidade no contexto da infertilidade; e (2) demonstrar a utilidade do Método de Ovulação Billings® para conseguir a gravidez.

Materiais e Métodos

Desenho do estudo e participantes

Os registros foram coletados de todas as mulheres consecutivas que desejavam engravidar e compareceram às 17 clínicas do Método de Ovulação Billings® situadas em todos os estados australianos e no Território do Norte de janeiro de 1999 a dezembro de 2003. Cada participante foi acompanhada até que a gravidez clínica fosse atingida ou no período máximo de 24 meses. A Aprovação Institucional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos foi concedida pelo Comitê de Revisão Ética de Ciências Sociais e Comportamentais da Universidade de Queensland (número de aprovação 2015001735).

Coleta de dados

Os dados retirados dos registros de história do caso e gráficos do Método de Ovulação Billings® foram desidentificados em cada clínica local e submetidos centralmente ao Centro de Referência e Pesquisa do Método de Ovulação da Austrália (OMR & RCA), onde todos os dados desidentificados foram armazenados. As informações coletadas incluíam história clínica e reprodutiva, bem como dados demográficos. Os dados coletados dos gráficos incluíam: padrões de muco, sintoma de Ápice, sangramento, duração da fase lútea e o momento da relação sexual.

Um questionário de estudo, identificado apenas pelo número de código e datas de nascimento, foi postado para cada um dos 449 participantes qualificados pelo instrutor local do Método de Ovulação Billings®. As respostas foram devolvidas diretamente pelos participantes à OMR&RCA. As respostas foram ocultadas quanto se a gravidez foi alcançada ou não e, em seguida, classificadas de acordo com os sintomas de fertilidade.

Instruções sobre a consciência da fertilidade máxima

Os participantes mantiveram um registro diário da sensação vulvar e de qualquer fluxo visível observado no curso normal de suas atividades diárias, seguindo os critérios do Método de Ovulação Billings® (Billings & Westmore, 2011), bem como as relações sexuais. Foram dadas instruções de que uma mudança no padrão de desenvolvimento indicava atividade hormonal e fertilidade potencial, enquanto a sensação de umidade vulvar ou escorregadia ocorrendo após isso indicava o sintoma de Ápice e o dia correspondente à fertilidade ideal.

Análise estatística

Os participantes foram classificados em grupos de acordo com a duração da tentativa de concepção: fertilidade normal (<12 meses), infertilidade (12-24 meses) e infertilidade prolongada (> 24 meses). Distribuições de variáveis contínuas são apresentadas como média e desvio padrão (DP). As comparações de grupos utilizaram análise de variância (ANOVA) unilateral com correção de Bonferroni para comparações múltiplas, conforme apropriado. Análises de regressão logística univariada e multivariada também foram realizadas utilizando variáveis demográficas, clínicas e derivadas de gráficos de fertilidade como preditores de gravidez, com os resultados

apresentados como coeficientes β (β) com estimativas de erro padrão (SE). Os dados dependentes do tempo (tempo até a concepção) foram avaliados usando a análise de sobrevivência de Kaplan-Meier, utilizando testes de log rank (Mantel-Cox) para igualdade de distribuições de sobrevivência. As análises estatísticas foram realizadas no SPSS versão 15.0. Salvo o contrário, todos os resultados relatados foram derivados de uma abordagem de intenção de tratar em que resultados de gravidez desconhecidos foram considerados negativos, fornecendo assim uma estimativa conservadora dos fatores associados ao sucesso de gravidez nesta cohort.

Resultados

Inicialmente, 521 mulheres consecutivas foram incluídas no estudo, com 72 excluídas devido ao seguinte: não retornaram após a instrução inicial, já estavam grávidas e casais que tentavam evitar a gravidez. Os 449 casais restantes foram pesquisados, com dados completos dos gráficos do Método de Ovulação Billings® disponíveis para o grupo de estudo avaliável de 384 (85,5%). Do grupo de estudo avaliável, 62,5% alcançaram a gravidez, enquanto 20,8% não (Tabela 1).

Em relação aos fatores prognósticos negativos, a prevalência de infertilidade não intencional de > 12 meses foi de 51,0% (n = 196) e idade feminina > 35 anos em 28,1% (n = 108). Uma história específica de fatores de infertilidade feminina e / ou masculina foi relatada e incluída sem verificação formal por 58 casais (15,1%). Estes incluíram a síndrome do ovário policístico (SOP), permeabilidade em apenas uma das trompas de Falópio, infecção prévia por clamídia, endometriose conhecida e anormalidade do esperma. Houve maior prevalência encontrada no grupo de infertilidade prolongada ($p = 0,03$).

Tabela 1. Fatores de risco clínicos, sintomas de fertilidade e taxas de gravidez.

Grupo de estudo	Normal (<12 months)		Infertilidade (12-24 months)		Infertilidade Prolongada (>24 months)		Total	
	n (%)	Gravidez	n (%)	Gravidez	n (%)	Gravidez	n (%)	Gravidez
Número	188		156		40		384	
Idade feminina, anos (média, DP)	32.8 (4.3)		33.1 (4.6)		34.9 (4.0)		33.1 (4.5)	
Meses tentando (média, DP)	5.2 (3.4)		18.0 (6.4)		46.6 (16.5)		14.7 (14.3)	
Gravidez documentada (n,%)	137 (72.9%)		82 (52.6%)		21 (52.5%)		240 (62.5%)	
Sem gravidez (n,%)	22 (11.7%)		46 (29.6%)		12 (30.0%)		80 (20.8%)	
Desconhecida (n,%) [†]	29 (15.4%)		28 (17.9%)		7 (17.5%)		64 (16.7%)	
	n (% de grupos)	Gravidez	n (% de grupos)	Gravidez	n (% de grupos)	Gravidez	n (% de grupos)	Gravidez
Faixa etária feminina (n,%)								
<30 anos	43 (22.9%)	35 (81.4%)	37 (23.7%)	27 (73.0%)	3 (7.5%)	2 (66.7%)	83 (21.6%)	65 (78.3%)
30-35 anos	97 (51.6%)	67 (69.1%)	76 (48.7%)	40 (52.6%)	20 (50.0%)	13 (65.0%)	193 (50.3%)	120 (62.2%)
>35 anos	48 (25.5%)	35 (72.9%)	43 (27.6%)	43 (34.9%)	17 (42.5%)	6 (35.3%)	108 (28.1%)	56 (51.9%)
Resultado do gráfico de fertilidade								
Ápice óbvio	101 (53.7%)	82 (81.2%)	67 (42.9%)	39 (58.2%)	13 (32.5%)	6 (46.2%)	181 (47.1%)	127 (70.2%)
Pouco sintoma	21 (11.2%)	16 (76.2%)	7 (4.5%)	5 (71.4%)	6 (15.0%)	4 (66.7%)	34 (8.9%)	25 (73.5%)
Inadequado / desordenado	44 (23.4%)	25 (56.8%)	55 (35.3%)	24 (43.6%)	16 (40.0%)	7 (43.8%)	115 (29.9%)	56 (48.7%)
Ausência de sintoma	8 (4.3%)	1 (12.5%)	11 (7.1%)	2 (18.2%)	1 (2.5%)	1 (100.0%)	20 (5.2%)	4 (20.0%)
Desconhecido [‡]	14 (7.4%)	13 (92.9%)	16 (10.3%)	12 (75.0%)	4 (10.0%)	3 (75.0%)	34 (8.9%)	28 (82.4%)

[†] para fins de tratamento da análise, desconhecido = sem gravidez

[‡] Inclui 11/34 mulheres que relataram gravidez no primeiro ciclo de gráfico após instrução de reconhecimento da fertilidade

Sintomas de Ápice de fertilidade

Entre aquelas com sintomas de muco sugestivos de Ápice de fertilidade (n = 249, incluindo 34 casos com resultados desconhecidos para esta variável), a gravidez (72,3%) foi independentemente associada à duração da infertilidade (β -0,85, SE 0,26, p = 0,001) e faixa etária (β -0,57, SE 0,27, p = 0,04) em análises multivariadas. Os sintomas adequados de fertilidade de acordo com os critérios do Método de Ovulação Billings® (incluindo observações de uma fase ovulatória "curta") foram consistentemente associados a um aumento de aproximadamente 30% nas taxas de gravidez no estudo (Tabela 2). Este efeito foi amplamente observado e evidente dentro de grupos de risco definidos por idade feminina e duração da infertilidade.

Tabela 2. Sintomas de fertilidade combinados e taxas de gravidez.

	Normal (<12 months)		Infertilidade (12-24 months)		Infertilidade Prolongada (>24 months)		Total	
	n (% de grupos)	Gravidez	n (% de grupos)	Gravidez	n (% de grupos)	Gravidez	n (% de grupos)	Gravidez
Intenção para tratamento (desconhecida = não gravidez n=384*)								
Sintomas favoráveis								
Idade < 30 anos	27	26 (96.3%)	16	14 (87.5%)	0	0 (0%)	43	40 (93.0%)
Idade 30-35 anos	63	51 (81.0%)	41	24 (58.5%)	10	7 (70.0%)	114	82 (71.9%)
Idade > 35 anos	34	28 (82.4%)	21	13 (61.9%)	7	3 (42.9%)	62	44 (71.0%)
Geral	124 (65.4%)	105 (84.7%)	78 (50.0%)	51 (65.4%)	17 (42.5%)	10 (58.8%)	219 (57.0%)	166 (75.8%)
Sintomas desfavoráveis								
Idade < 30 anos	13	8 (61.5%)	16	10 (62.5%)	2	1	31	19 (61.3%)
Idade 30-35 anos	22	9 (40.9%)	21	8 (38.1%)	4	3	47	20 (42.6%)
Idade > 35 anos	8	5 (62.5%)	14	1 (7.1%)	7	2	29	8 (27.6%)
Geral	43 (22.9%)	22 (51.2%)	51 (32.7%)	19 (37.3%)	13 (32.5%)	6 (46.2%)	107 (27.9%)	47 (43.9%)

†dados para casais com fatores de risco de infertilidade conhecidos não apresentados

Sintomas de fertilidade reduzida

Sintomas específicos de muco indicando fertilidade reduzida ou ausente (Brown 2011) de acordo com os critérios do Método de Ovulação Billings® - sintomas inadequados / alterados (115) ou sintomas de fertilidade ausentes (20) - foram identificados em 135 mulheres (35,2%) (Tabela 1). Embora os sintomas de fertilidade anormais tenham sido observados em 27,7% das mulheres no grupo de fertilidade normal, eles foram mais comuns entre aquelas com infertilidade (p = 0,009).

Mulheres com sintomas de fertilidade reduzidos tiveram taxas mais baixas de gravidez (44,4%) em comparação com casais que tiveram sintomas de fertilidade normais (72,3%), uma diferença que foi estatisticamente significativa (p <0,001). Essas diferenças permaneceram estatisticamente significativas entre os subgrupos de fertilidade normal e inférteis (p <0,01).

Determinantes das taxas de gravidez em regressão multivariada e análises de sobrevivência

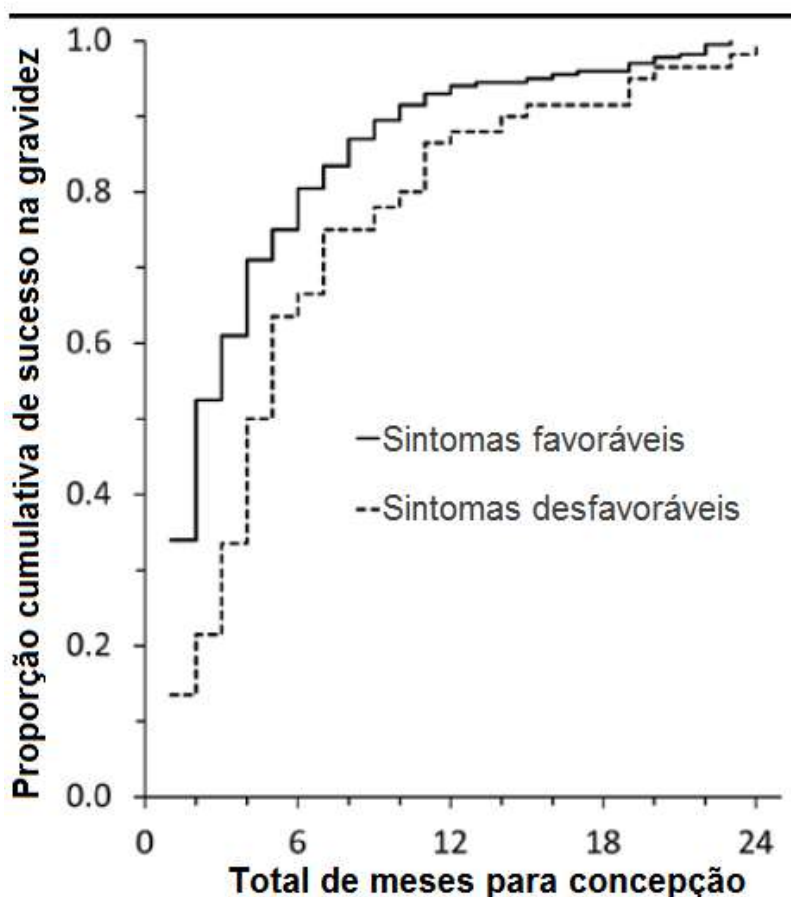
A taxa de gravidez dentro dos subgrupos do estudo classificados de acordo com os sintomas de fertilidade são apresentados na Tabela 2. Os dados apresentados excluem casais com fatores de risco de infertilidade relatados pelos próprios para demonstrar estratificação baseada apenas nos sintomas de fertilidade, embora todos os casos tenham sido considerados nas análises. Em análises de regressão univariada, os fatores mais altamente correlacionados com o alcance da gravidez foram sintomas de Ápice de fertilidade (β 1,18, SE 0,22, p <0,001), duração da infertilidade conforme definido pelos grupos de estudo (β -0,62, SE 0,16, p <0,001) e faixa etária (β -0,55, SE 0,16, p <0,001). A evidência do momento da relação sexual para coincidir com o Ápice dos sintomas de fertilidade também foi considerada estatisticamente significativa (β 0,54, SE 0,24, p = 0,03). Essas covariáveis permaneceram independentemente significativas e retiveram tamanho de efeito muito semelhante quando incorporadas a um modelo de regressão multivariado: sintomas de fertilidade (p <0,001), faixa etária (p <0,001),

duração da infertilidade ($p = 0,003$) e relação sexual programada para o Ápice de fertilidade ($p = 0,03$).

Tempo para análise da concepção

Em uma análise de sobrevivência Kaplan-Meier de gestações concebidas conhecidas ($n = 240$), os sintomas de muco do Ápice de fertilidade foram associados a um tempo médio de concepção significativamente mais curto em comparação com aqueles com sintomas de muco ausentes ou alterados (4,2 meses [IC 95% 3,5- 4,9], versus 6,4 meses [IC 95% 5,0-7,8], $p = 0,003$) (Figura 1). O ajuste para este efeito não revelou nenhum efeito independente da faixa etária ($p = 0,35$) ou duração da infertilidade ($p = 0,54$) no tempo até a concepção no estudo. A maioria (185/240, 77,1%) das gravidezes alcançadas o fez nos primeiros seis meses, enquanto 92,5% (222/240) das gravidezes foram alcançadas nos primeiros 12 meses.

Fig. 1. Análise de sobrevivência de Kaplan-Meier do tempo para concepção entre indivíduos que alcançaram a gravidez ($n = 240$). Ajustando para o efeito significativo da presença ou ausência de sintomas de muco favoráveis ($p = 0,003$), nenhum efeito independente do grupo de fertilidade ou da faixa etária feminina foi identificado (ambos $p > 0,2$).



Estratificação do potencial de gravidez com base nos sintomas de Ápice de fertilidades A partir de nossas descobertas, uma abordagem diagnóstica poderia ser estratificar o "potencial de gravidez" com base na avaliação inicial dos sintomas de muco do Ápice da fertilidade. Tomando esta abordagem com a população do estudo, isso classificaria 135 casais (35,2%) no grupo de 'baixo potencial de gravidez' com evidência de fertilidade reduzida. A gravidez foi alcançada por 60 desses casais (44,4%), indicando uma recuperação da fertilidade (Brown, 2011). A análise de regressão logística dentro deste grupo revelou uma forte associação entre o alcance da gravidez e a faixa etária mais jovem ($\beta -0,73$, SE 0,27, $p = 0,007$), embora nenhuma contribuição adicional significativa tenha sido associada à duração da infertilidade ($p = 0,45$).

Para os 219 casais (57%) com sintomas de muco favoráveis e sem fatores de infertilidade autorrelatados, as taxas de gravidez foram geralmente maiores que 60% em todos os estratos definidos por idade ou duração da fertilidade (Tabela 2), e $> 70\%$ quando incluindo apenas os conhecidos que conseguiram a gravidez (dados não mostrados).

Discussão

A principal descoberta desses dados é que a identificação de variantes do padrão de muco fértil e infértil é um poderoso preditor de concepção bem-sucedida entre as categorias de prognóstico conhecidas de aumento da idade e duração da infertilidade. O conhecimento dos sintomas do Ápice de fertilidade também permitiu a estratificação eficaz do potencial de gravidez nesta população de estudo, com base na evidência de um alto efeito estatisticamente significativo nas taxas de gravidez, bem como no tempo até a concepção.

O potencial diagnóstico desta abordagem é melhor ilustrado pelo desempenho de observações de sintomas de muco como um preditor da fertilidade feminina em comparação com fatores prognósticos clínicos conhecidos. O muco do tipo estrogênico é fundamental para a criação de um ambiente reprodutivo favorável à sobrevivência do espermatozoide e transporte para o óvulo (Dunson, Bigelow, & Colombo, 2005; Menárguez, Pastor, & Odeblad, 2003) e é clinicamente preditivo de ovulação e concepção bem-sucedida (Bigelow et al., 2004; Ecochard et al., 2015). No entanto, mesmo quando a ovulação pode ser detectada de forma confiável, o momento da relação sexual para este evento não garantirá a concepção se o muco apropriado estiver ausente ou o mecanismo ovulatório não funcionar satisfatoriamente, causando uma ovulação infértil indicada pela fase lútea curta / deficiente. A produção adequada de muco do tipo estrogênico seguido por um sintoma de Ápice claro e uma fase lútea de boa duração mostra que a mulher está então na fase fértil do '*continuum*' (Brown, 2011). Uma determinação do potencial de fertilidade está, portanto, disponível no gráfico da mulher.

A principal limitação deste estudo foram os dados incompletos coletados, incluindo desfechos de gravidez desconhecidos (16,7% da cohort avaliável) e observações de sintomas de muco desconhecidos (8,9%), embora seja notável que valores desconhecidos foram distribuídos proporcionalmente em todos os grupos do estudo. No entanto, a abordagem de intenção de tratar para a análise de dados forneceu estimativas conservadoras dos desfechos do estudo e efeitos das covariáveis. Os dados sobre fatores de risco de infertilidade autorrelatados não foram validados e podem ter influenciado os resultados em maior ou menor grau, dependendo da gravidade / efeito clínico. Outra fonte de preconceito pode ser a contribuição desconhecida da auto seleção ou encaminhamento dos participantes para as clínicas do Método de Ovulação Billings®. Embora não houvesse um grupo de controle formal no estudo atual, esta cohort representou pacientes sequenciais do mundo real que desejavam engravidar no ambiente de atenção primária. Mais da metade das mulheres no estudo experimentou infertilidade clínica antes de usar o Método de Ovulação Billings® que, informalmente, pode ser considerada uma situação de controle para elas mesmas.

Até um em cada seis casais é afetado pela infertilidade, uma taxa que está aumentando ao longo do tempo (Inhorn & Patrizio, 2015). O uso de Tecnologia de Reprodução Assistida (TRA) também está aumentando, com dados de 2014 revelando que 1 em cada 25 crianças nascidas na Austrália, incluindo 1 em 12 para mulheres com mais de 35 anos, foram concebidas com TRA (Chambers et al., 2017). Questões significativas, no entanto, incluem morbidade associada ao tratamento e custo substancial de TRA, enquanto os benefícios para infertilidade inexplicada também são variáveis (Bhattacharya et al., 2008). A estratégia utilizada no presente estudo incorre em custo mínimo, fornece informações valiosas sobre a fertilidade potencial em quem deseja gravidez, bem como naquelas com infertilidade conhecida, e é acessível para mulheres que podem estar distantes do atendimento médico primário ou especializado.

Com base nesses resultados e sem obstáculos aparentes à fertilidade, quando um casal busca aconselhamento sobre como engravidar, pode-se oferecer uma abordagem direcionada, aplicando o reconhecimento de muco como um sinal de fertilidade potencial. Essa abordagem individualizada é mais sólida e cientificamente rigorosa do que usar um método baseado em intervalo de tempo arbitrário ou calculado. O momento e a natureza das investigações iniciais podem ser iniciados com se o muco é favorável ou não, com refinamento adicional de acordo com a idade da mulher e o momento da relação sexual não contraceptiva.

Uma mulher com menos de 30 anos de idade com muco favorável pode ter certeza de que a gravidez espontânea é bastante provável (aproximadamente 90%) nos próximos 6-9 meses. Se a gravidez não ocorrer dentro desse período, uma investigação mais aprofundada é razoável. Da mesma forma, quando a mulher tem 30 anos ou mais e tem muco favorável, uma abordagem inicialmente conservadora é apropriada, desde que o período de infertilidade não seja prolongado. Por outro lado, onde o muco é desfavorável, a ocorrência de gravidez espontânea é significativamente reduzida, principalmente quando a mulher é mais velha e / ou está infértil há mais tempo. Consequentemente, seria apropriado iniciar as investigações relativamente cedo nesses casais. Esta abordagem é semelhante à descrita por outros (de Sutter, 2006; Gnoth et al., 2005), é lógica e facilmente explicada ao casal, e pode potencialmente evitar investigações desnecessárias que poderiam aumentar a ansiedade sem contribuir materialmente para a resolução do problema.

Em conclusão, esses resultados indicam que a sensação escorregadia que define o sintoma do Ápice é o indicador crítico de favorabilidade para alcançar a gravidez com relação sexual cronometrada. Uma abordagem abrangente para o sucesso da gravidez deve, portanto, incorporar uma avaliação dos sintomas de muco, além de uma revisão clínica inicial padrão.

Reconhecimentos

Este artigo é dedicado à memória do Dr. John Billings (2007) AM KCSG MD FRCP FRACP, Dra. Evelyn Billings (2013) AM DCSG MBBS DCH e do Professor Emérito James B Brown (2009) AM MSc PhD DSc FRACOG. A Dra. Evelyn Billings e o Prof. James Brown contribuíram significativamente para o desenho e avaliação do estudo antes do envio para publicação.

Os autores gostariam de agradecer a todos os participantes do estudo, Dr. David Nolan e Dra. Monica Nolan pela ajuda na preparação do manuscrito, e Timothy Nolan e Katie Olivier pela ajuda no design e preparação do banco de dados. A Equipe de Estudo de Pesquisa de Melbourne de Gillian Barker, Kerry Bourke e Joan Clements também são agradecidos junto com os instrutores do Método de Ovulação Billings® das 17 clínicas Australianas que ajudaram na coleta de dados.

Referências

- Bhattacharya, S., Harrild, K., Mollison, J., Wordsworth, S., Tay, C., Harrold, A., . . . Templeton, A. (2008). *Clomifene citrate or unstimulated intrauterine insemination compared with expectant management for unexplained infertility: pragmatic randomised controlled trial*. *BMJ (Clinical research ed.)*, 337, a716
- Bigelow, J. L., Dunson, D. B., Stanford, J. B., Ecochard, R., Gnath, C., & Colombo, B. (2004). *Mucus observations in the fertile window: a better predictor of conception than timing of intercourse*. *Human Reproduction*, 19, 889-892.
- Billings, E. L., & Westmore, A. (2011). *The Billings Method: Controlling Fertility without Drugs or Devices*. Melbourne: Anne O'Donovan Publishing.
- Billings, J. J. (1991). *The validation of the Billings Ovulation Method by laboratory research and field trials*. *Acta Eur Fertil*, 22, 9-15
- Brown, J. B. (2011). *Types of ovarian activity in women and their significance: the continuum (a reinterpretation of early findings)*. *Human Reproduction Update*, 17, 141-158
- Chambers, G. M., Paul, R. C., Harris, K., Fitzgerald, O., Boothroyd, C. V., Rombauts, L., Chapman, M. G., & Jorm, L. (2017). *Assisted reproductive technology in Australia and New Zealand: cumulative live birth rates as measures of success*. *Med J Aust*, 207(3), 114-118
- de Sutter, P. (2006). *Rational diagnosis and treatment in infertility*. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 20, 647-664
- Dunson, D. B., Bigelow, J. L., & Colombo, B. (2005). *Reduced fertilization rates in older men when cervical mucus is suboptimal*. *Obstetrics and Gynecology*, 105, 788-793.
- Ecochard, R., Duterque, O., Leiva, R., Bouchard, T., & Vigil, P. (2015). *Self-identification of the clinical fertile window and the ovulation period*. *Fertil Steril*, 103(5), 1319-1325 e1313.
- Evans-Hoeker, E., Pritchard, D. A., Long, D. L., Herring, A. H., Stanford, J. B., & Steiner, A. Z. (2013). *Cervical mucus monitoring prevalence and associated fecundability in women trying to conceive*. *Fertil Steril*, 100(4), 1033-1038.e1031.
- Evans-Hoeker, E., Pritchard, D. A., Long, D. L., Herring, A. H., Stanford, J. B., & Steiner, A. Z. (2013). *Cervical mucus monitoring prevalence and associated fecundability in women trying to conceive*. *Fertil Steril*, 100(4), 1033-1038.e1031.doi: 10.1016/j.fertnstert.2013.06.002
- Gnath, C., Godehardt, E., Frank-Herrmann, P., Friol, K., Tigges, J., & Freundl, G. (2005). *Definition and prevalence of subfertility and infertility*. *Hum Reprod*, 20, 1144-1147
- Hampton, K., & Mazza, D. (2015). *Fertility-awareness knowledge, attitudes and practices of women attending general practice*. *Aust Fam Physician*, 44(11), 840-845
- Hampton, K.D., Newton, J.M., Parker, R. & Mazza, D. (2016). *A qualitative study of the barriers and enablers to fertility-awareness education in general practice*. *J Adv Nurs* 72(7), 1541-1551.
- Inhorn, M. C., & Patrizio, P. (2015). *Infertility around the globe: new thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the 21st century*. *Hum Reprod Update*, 21(4), 411-426.
- Menárguez, M., Pastor, L. M., & Odeblad, E. (2003). *Morphological characterization of different human cervical mucustypes using light and scanning electron microscopy*. *Human Reproduction*, 18, 1782-1789
- Mu, Q., & Fehring, R. J. (2014). *Efficacy of achieving pregnancy with fertility-focused intercourse*. *MCN Am J Matern Child Nurs*, 39(1), 35-40.

National Institute for Health and Care Excellence. (2013). *Fertility problems: assessment and treatment* - NICE guideline

Odeblad, E. (1997). *Cervical mucus and their functions*. Journal of the Irish Colleges of Physicians and Surgeons, 26, 27-32

Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2013). *Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: a committee opinion*. Fertility and Sterility, 99(1), 63

Scarpa, B., Dunson, D. B., & Colombo, B. (2006). *Cervical mucus secretions on the day of intercourse: an accurate marker of highly fertile days*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 125, 72-78

van der Steeg, J. W., Steures, P., Eijkemans, M. J., Habbema, J. D., Hompes, P. G., Broekmans, F. J., . . . CECERM study group. (2007). *Pregnancy is predictable: a large-scale prospective external validation of the prediction of spontaneous pregnancy in subfertile couples*. Hum Reprod, 22(2), 536-542.

Vigil, P., Blackwell, L.F., & Cortes, M.E. (2012). *The importance of fertility awareness in the assessment of a woman's health*.

Linacre Quarterly 79(4), 426-450.

Wilcox, A. J., Weinberg, C. R., & Baird, D. D. (1995). *Timing of sexual intercourse in relation to ovulation. Effects on the probability of conception, survival of the pregnancy, and sex of the baby*. New England Journal of Medicine, 333, 1517- 1521.

World Health Organization, & Task Force on Methods for the Determination of the Fertile Period. (1983). *A prospective multicentre trial of the ovulation method of natural family planning. III. Characteristics of the menstrual cycle and of the fertile phase*. Fertility and Sterility, 40, 773-778

Notícias dos Diretores da WOOMB

Novos Diretores Associados WOOMB Internacional

Os Diretores nomearam quatro novos Diretores Associados para nos ajudar em nossas deliberações: Raymond Ganar das Filipinas, Pauline McCarthy da Inglaterra, Alicia Pastor del Amo da Espanha e Martha Winn dos EUA. Para saber mais sobre essas pessoas maravilhosas, vá para <https://www.woombinternational.org/about-us/associate-directors>.

Novo afiliado WOOMB Internacional

Temos o prazer de compartilhar a boa notícia de que a Bielo-Rússia se juntou à equipe de afiliados internacionais da WOOMB.

Acreditações

Os diretores têm novamente o prazer de oferecer o credenciamento a outra instrutora russa, Elena Kamenkova, que foi treinada por Alisa Ivanova na Bielo-Rússia, sob a orientação de Bernadette Davies, diretora da WOOMB. O Dr. Didas Kapendi e Elmina Kakunga, da Tanzânia, ambos orientados por Marian Corkill, também receberam o credenciamento. Nossos parabéns a todos. Agora há uma expectativa de que o novo grupo na Rússia se inscreva para afiliação com a WOOMB em um futuro próximo.

Projeto de pesquisa

Os planos estão em andamento para um projeto de pesquisa sobre a eficácia do Método de Ovulação Billings®, quando casais aprendem o Método autêntico. Os participantes farão gráficos via BillingsApp, que dará uma perspectiva diferente dos testes anteriores. WOOMB México em colaboração com o Dr. Juan Francisco Stecher da Universidade Católica de la Santísima Concepción de Chile e a Universidade Popular Autônoma do Estado de Puebla no México (UPAEP) estão conduzindo esta pesquisa.

Pedido de ajuda

Os Diretores enviaram recentemente um "Pedido de Ajuda" para assistência em quatro áreas específicas. Se você ou alguém que você conhece puder ajudar, por favor, volte para nós.

<https://www.dropbox.com/s/9sud3uejdoh7ar7/We%20are%20asking%20for%20help.pdf?dl=0>

ATIVIDADE OVARIANA, FERTILIDADE E O MÉTODO DE OVULAÇÃO DE BILLINGS®: REVISÃO E ATUALIZAÇÃO



Gillian Barker

Artigo apresentado em um webinar de instrutores italianos do Método de Ovulação Billings® em 17 de abril de 2021.

Para que os métodos modernos de planejamento familiar natural sejam desenvolvidos, certas descobertas precisaram ser feitas. Dogmas, paradigmas e hipóteses precisavam ser contestados, refutados ou provados.

Por exemplo, a compreensão da anatomia feminina e masculina. A existência em si do óvulo e do espermatozoide, e também o papel que eles possuem na concepção. A ocorrência da ovulação e onde ela ocorre no ciclo. Então, a sobrevivência do óvulo e do espermatozoide. Onde pode acontecer a concepção?

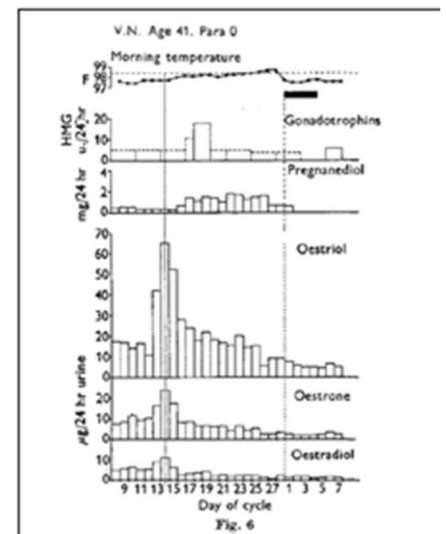
A existência de hormônios. Em 1905, Ernest Starling usou pela primeira vez a palavra hormônio, ele os descreveu como “os mensageiros químicos que, estimulando de célula em célula ao longo da corrente sanguínea, podem coordenar as atividades e o crescimento de diferentes partes do corpo”.

Nas décadas de 1920 e 1930, Adolf Butenandt, Tadeus Reichstein e Edward Adelbert Doisy descobriram e caracterizaram vários hormônios esteróides, incluindo estrógeno, testosterona e progesterona.

Em 1958, um jovem James Boyer Brown publicou “A Excreção Urinária de Estrógenos, Pregnanediol e Gonadotrofinas durante o Ciclo Menstrual”, J. Endocrin. (1958) 17, 401-410. A princípio, este foi o primeiro a ter tudo medido em cada ciclo.

Haveriam muitas outras publicações por vir. Em 2010, seu último artigo seria publicado postumamente. Ele morreu pouco antes de seu 90º aniversário.

Em 1957, Erik Odeblad começou a publicar artigos de suas descobertas sobre o muco cervical durante o ciclo menstrual usando ressonância magnética. Este foi o primeiro de muitos, aqui está uma imagem de um artigo de 1973, onde ele está discutindo o muco dos tipos E G.



Mais tarde, ele descobriu que o E consistia em muco P, L e S. Este foi publicado no Colégio Irlandês de Médicos e Cirurgiões em 1997.

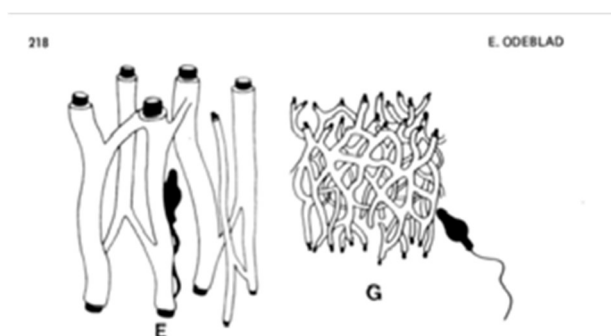


Figure 1. Schematic Three-Dimensional View of the Structure of Mucus Type E and Type G. The macromolecular cores (several long molecules side by side) are shown in black, with the surrounding hydration cells (white). A sperm moving in the cervical plasma between the micelles of type E, and a non-invading sperm outside type G are also shown. From Odeblad (1973). Reproduced with the permission of the editors of Cervical Mucus in Human Reproduction, World Health Organisation publication.

A maior contribuição para o Planejamento Familiar Natural seria, sem dúvida, a do Dr. John Billings. Um neurologista de Melbourne, Austrália. Um médico atencioso que ouvia seus pacientes.



Solicitado por um pároco para ajudar seus paroquianos que estavam com dificuldades no uso de métodos de planejamento familiar natural disponíveis na época, ele leu a literatura em busca de pistas e então pediu a ajuda das próprias mulheres. Ouvir e aprender com elas.

Os sinais estavam lá, uma mulher foi capaz de identificar fertilidade e infertilidade no ciclo menstrual normal. Com diretrizes ou regras, o casal agora pode controlar sua fertilidade, independentemente da duração do ciclo. Ele logo reconheceu que a menstruação não era a chave do ciclo, mas a ovulação era. Daí sua insistência para que a ovulação fosse incluída no nome deste método.

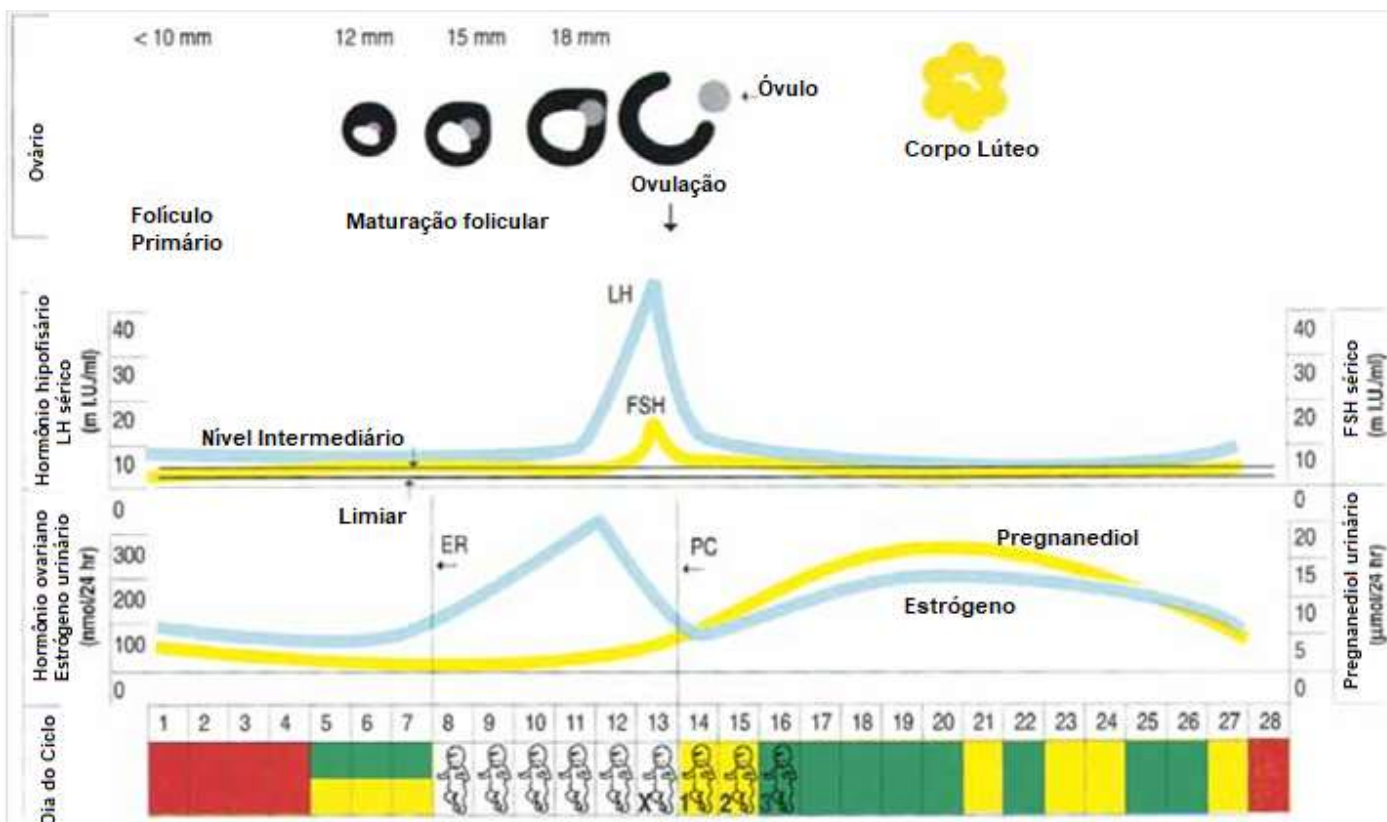


Dra. Lyn Billings juntou-se ao marido para continuar o trabalho e que dupla dinâmica eles eram. Muitos, muitos estudos seriam conduzidos e publicados nas próximas décadas. Não apenas a eficácia do Método de Ovulação Billings® durante o ciclo menstrual normal para evitar a gravidez, mas também durante a lactação e a peri menopausa. Estudos para conseguir a gravidez foram realizados, bem como para analisar o efeito que o estresse pode ter sobre o ciclo.

Esta apresentação é baseada no trabalho do Professor Brown publicado pela OMR&RCA, intitulado Estudos sobre Reprodução Humana; Atividade ovariana e fertilidade e o Método de Ovulação Billings® e o título da apresentação.

Ele escreve: O ciclo ovulatório prossegue em uma série bem ordenada de eventos. Usando o diagrama da página 14, esses eventos serão discutidos.

[Professor-Emeritus JB Brown: *Studies in Human Reproduction; Ovarian Activity and Fertility and the Billings Ovulation Method*®, page 14.]



Em primeiro lugar, vejamos o papel do hipotálamo, da hipófise e do ovário.

1. O hipotálamo produz o hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH), enviando uma mensagem para produzir FSH e LH.
2. Por meio da produção dos hormônios hipofisários, do hormônio folículo estimulante (FSH) e do hormônio luteinizante (LH) no ovário os folículos são estimulados a crescer até a ovulação.

3. Os hormônios ovarianos, estradiol e progesterona, são produzidos à medida que os folículos crescem e, em seguida, pelo corpo lúteo, um produto da ovulação. Esses hormônios retornam ao hipotálamo, o qual atua como um computador, analisando os sinais hormonais gerados pelos ovários.

Na última metade do ciclo, níveis elevados de estradiol e progesterona suprimem a produção de FSH e LH. No final do ciclo, os níveis decrescentes de estradiol e progesterona removem a supressão e os níveis de FSH começam a subir.

Os folículos têm um requisito de limiar para FSH abaixo do qual permanecerão dormentes. O FSH continua a subir até o nível limiar para alguns dos folículos mais sensíveis - aqueles com o melhor suprimento de sangue. Esses folículos iniciam sua fase de crescimento rápido. Isso é conhecido como a fase de recrutamento.

Vários dias de crescimento são necessários antes que o estradiol suficiente seja secretado para fornecer um sinal ao hipotálamo de que o limiar foi atingido (ER). Existem apenas dois resultados possíveis para os folículos recrutados - progredir para a ovulação ou morrer no processo de atresia. Eles não podem retornar à área folicular original. Os folículos restantes cujo limiar não foi atingido permanecerão em repouso.

O FSH deve exceder o nível intermediário para que um folículo seja impulsionado para uma resposta ovulatória completa. O nível máximo é apenas 20 - 30% acima do limiar. O nível máximo não deve ser excedido ou muitos folículos se desenvolverão e múltiplas ovulações ocorrerão. Somente quando dois ou mais folículos são exatamente iguais na corrida para a ovulação é que ocorrem ovulações múltiplas. Esta é conhecida como fase de seleção.

Um dos componentes do folículo de Graaf são as células da granulosa - estas são a principal fonte de estradiol. À medida que o folículo se desenvolve, o número de células da granulosa aumenta e, portanto, os níveis de estradiol aumentam. As células da granulosa também produzem inibina que inibe a produção de FSH. À medida que o folículo se desenvolve, sua necessidade de FSH diminui, seu limiar para FSH diminui.

A seleção do folículo que ovulará ocorre da seguinte maneira:

- O folículo dominante é o principal produtor de estradiol
- O FSH é reduzido abaixo do limiar de todos os folículos menos avançados
- Os folículos menos avançados atresiam
- A queda no FSH ativa um mecanismo de maturação dentro do folículo dominante, tornando-o receptivo ao LH

Níveis elevados de estradiol ativam um mecanismo de feedback positivo para o hipotálamo, que faz com que a hipófise libere uma onda massiva de LH. Isso inicia o processo ovulatório e a ruptura do folículo ocorre aproximadamente 36 horas após o início do pico. Nos escritos do Professor Brown, ele diz que 17 horas após o pico de LH, a ovulação ocorrerá. No entanto, agora sabemos que o LH estabiliza por aproximadamente 12 horas.

Os níveis de estradiol atingem o máximo cerca de 36 horas antes da ovulação. A queda no nível de estradiol sinaliza o fim da fase de crescimento rápido do folículo.

O pico de LH causa luteinização do folículo, ou seja, as células da teca e da granulosa se preparam para a formação do corpo lúteo. Essa luteinização leva ao início do aumento da progesterona (PC).

A queda do estradiol, o patamar de LH e o pequeno aumento da progesterona são etapas importantes para a formação de um corpo lúteo totalmente formado, capaz de suportar uma gravidez.

Após a ovulação, o folículo rompido é transformado em corpo lúteo. Durante a fase lútea, os níveis de progesterona agora aumentam rapidamente e há um segundo aumento no estradiol. Ambos produzidos pelo corpo lúteo. Os altos níveis de progesterona e estradiol suprimem qualquer produção de FSH e LH, garantindo que só possa haver um dia de ovulação no ciclo.

Na ausência de gravidez, ocorre luteólise. O corpo lúteo é dividido e forma o corpo albicans. À medida que o corpo lúteo regride, os níveis de progesterona e estradiol diminuem.

O sangramento menstrual ocorre 11 - 16 dias após a ovulação.

O gráfico do Método de Ovulação Billings®, que mostra as diferentes fases do ciclo, se correlaciona com os hormônios ovarianos. O gráfico mostra - menstruação, infertilidade pré-ovulatória, fertilidade e infertilidade pós-ovulatória.

Gráfico do Método de Ovulação Billings® com os eventos dos hormônios hipofisários e ovarianos (consulte a próxima página).

A. Nível de FSH abaixo do limiar, nenhum folículo iniciou sua fase de crescimento rápido, portanto, os valores de estradiol e progesterona são baixos. Um ciclo ovulatório fértil pode ocorrer espontaneamente.

B. O nível de FSH sobe para intermediário, o folículo se desenvolve como em um ciclo ovulatório. Nenhum LH é liberado; portanto, a ovulação não ocorre. Isso dá um exemplo de atividade anovulatória com um aumento acentuado de estradiol seguido por um sangramento de retirada quando o endométrio não é mais sustentado pelo estrógeno elevado. A segunda parte deste diagrama mostra a possibilidade de vários desses picos de estradiol anovulatórios eventualmente seguidos por um ciclo fértil. Observe os baixos níveis de progesterona em todos esses picos de estradiol, aumentando apenas quando o pico final de estradiol resulta em uma ovulação.

C. As retenções de nível de FSH no nível de limiar não atingem o nível intermediário, resultando no desenvolvimento crônico de folículos, mas nenhum foi selecionado para ovulação. Neste exemplo, vemos aumento da excreção de estradiol, que se estabilizou em níveis elevados. Nenhum folículo dominante foi selecionado e pode ocorrer sangramento de rompimento. Uma possível sequência é que o FSH se corrige e progride para um ciclo ovulatório fértil. O sangramento de rompimento pode ocorrer devido aos altos níveis de estradiol e será desativado pela elevação final de estradiol antes do seu pico.

D. O nível de FSH sobe para intermediário, o folículo se desenvolve como em um ciclo ovulatório. Pico de estradiol agudo. Algum LH liberado, mas não o suficiente para causar ovulação, resultando em LUF, seguido por sangramento.

Este diagrama mostra dois exemplos de LUF (folículo luteinizado não rompido). O primeiro exemplo mostra que, quando o folículo não ovula, ocorre sangramento. Já, no segundo exemplo, quando o LUF ocorre, o sangramento não ocorre, no entanto, o FSH rapidamente sobe para intermediário, um novo folículo dominante segue para a ovulação, desta vez resultando em um ciclo ovulatório fértil.

E. O nível de FSH sobe para intermediário, o folículo se desenvolve como em um ciclo ovulatório. Aumento de LH suficiente para causar ovulação, mas insuficiente para produzir corpo lúteo totalmente formado, resultando em uma fase lútea deficiente. Desta vez, vemos a ocorrência de ovulação, porém o ciclo é infértil porque há uma fase lútea deficiente. Os níveis de progesterona aumentam, mais altos do que aqueles em LUF, eles são mais baixos do que o nível necessário para indicar um corpo lúteo de boa qualidade. O sangramento subsequente é menstruação.

F. O nível de FSH sobe para intermediário, os folículos se desenvolvem como em um ciclo ovulatório. A onda de LH é suficiente para causar ovulação, mas desta vez a fase lútea é curta - 10 dias ou menos. Os níveis de progesterona atingem os esperados para um ciclo ovulatório normal, mas caem prematuramente. Novamente, isso indica um ciclo infértil.

G. Ciclo ovulatório fértil com hormônios no 10º percentil

H. Ciclo ovulatório fértil com hormônios no 50º percentil

I. Um ciclo ovulatório intensificado produzido pela terapia com gonadotrofinas, com níveis hormonais muito mais elevados.

Neste artigo, o professor Brown discute fertilidade e infertilidade:

- A fertilidade está associada a mudanças diárias marcadas na produção hormonal. Qualquer padrão que não mostre mudanças no dia a dia denota infertilidade.
- A obtenção da gravidez no ciclo atual é a prova de que o ciclo é fértil. A próxima melhor prova de ovulação é fornecida pelo aumento pós-ovulatório na produção de progesterona após um pico e queda de estrógeno.
- Mais de um dia de ovulação durante um ciclo nunca foi documentado.
- Quando ocorre a ovulação, ela é sempre seguida, após um intervalo, por sangramento se a fase lútea é normal, curta ou deficiente, desde que a mulher não esteja grávida e não haja nenhuma anormalidade
- O ciclo ovulatório fértil com uma fase lútea adequada é o único tipo de atividade ovariana que pode produzir a continuidade de uma gravidez.

O *Continuum* da atividade ovariana inclui vários tipos de atividade ovariana que fazem parte de uma sequência normal:

- Sem atividade ovariana
- Atividade Folicular Anovulatória com Níveis Elevados ou Flutuantes de Estrógeno
- Folículo Luteinizado não Rompido

- Ovulação seguida por uma Fase Lútea Curta ou Deficiente
- Ciclo Ovulatório Totalmente Fértil

Essa é a sequência observada durante a pré-puberdade e puberdade, bem como no retorno da fertilidade pós-parto e durante a amamentação. Além disso, isso foi observado quando as atletas de elite cessaram o treinamento intensivo.

A sequência reversa pode ser vista:

- Ciclo Ovulatório Totalmente Fértil
- Ovulação seguida por uma Fase Lútea Curta ou Deficiente
- Folículo Luteinizado Não Rompido
- Atividade Folicular Anovulatória com Níveis Elevados ou Flutuantes de Estrógeno
- Sem atividade ovariana

Isso é visto quando a mulher se aproxima da menopausa, assim como na atleta de elite durante o treinamento intensivo.

Esses cinco tipos conceituados não são entidades separadas.

- Nada pode ser previsto, os estágios podem ser pulados ou revertidos aleatoriamente.
- Estresse de qualquer tipo durante a vida reprodutiva pode fazer com que a atividade ovariana mude de fértil para infértil. A remoção do estresse geralmente permite o retorno da fertilidade.
- Esse processo foi demonstrado em um estudo com remadoras da Universidade de Harvard, onde o treinamento intensivo era o fator de estresse. Todas voltaram aos ciclos ovulatórios totalmente férteis poucos meses após o término do treinamento intensivo.
- Este é um desenvolvimento evolutivo para garantir que as demandas adicionais da gravidez fossem evitadas em momentos desfavoráveis para a sobrevivência da mãe.

O professor Brown também disse que as Regras do Método de Ovulação Billings® lidam de forma eficaz com todos os tipos de atividade ovariana já descobertos.

- É importante observar que o Método de Ovulação Billings® reconhece apenas o ciclo ovulatório. Ou seja, aquele com um PC (mudança da Progesterona) que faz o reconhecimento de um Ápice e que termina na menstruação. Isso inclui o ciclo ovulatório completo e aqueles com fase lútea deficiente e curta
- O primeiro dia da menstruação é contado como o primeiro dia do ciclo.
- Sangramento sem Ápice é uma interrupção do Padrão Básico de Infertilidade e ainda na fase pré-ovulatória do ciclo, portanto, as Regras dos Primeiros Dias continuarão a ser aplicadas.

Eu gostaria de deixá-los com algumas sabedorias do Professor Brown. Sua análise dos gráficos do Método de Ovulação Billings® com os dados hormonais correspondentes levam a estas conclusões:

A identificação correta do Ápice é sempre igual à ovulação. Um Ápice deve incluir todos os 3 critérios - um padrão de mudança em desenvolvimento, levando a uma sensação de escorregadia, seguido por uma mudança bem definida para não mais escorregadia.

Um Folículo Luteinizado não Rompido não leva a uma sensação escorregadia e, portanto, não pode ser confundido com um Ápice.

Um ciclo com uma fase lútea deficiente pode ou não ter um Ápice reconhecível.

O Método de Ovulação Billings® concentra-se nos padrões de fluxo que refletem os eventos ovarianos subjacentes associados à fertilidade e infertilidade, ao invés das descrições detalhadas dos fluxos, que variam de mulher para mulher. Um padrão sem mudanças = infertilidade e um padrão de mudanças = fertilidade.

Há muita pesquisa em andamento sobre o ciclo menstrual e poderíamos passar muitas horas discutindo os papéis das diferentes citocinas. Poderíamos olhar para o papel do cortisol, IL6 e IL8 e norepinefrina nos ciclos de estresse.

Também poderíamos examinar o papel que a kisspeptina desempenha na puberdade e no ciclo normal.

Nada disso mudaria a fisiologia da ovulação.

O hipotálamo controla a hipófise, que por sua vez controla o mecanismo ovulatório.

As mudanças no muco cervical são um resultado direto das mudanças nos níveis de estradiol, e as Bolsas de Shaw respondem às mudanças nos níveis da progesterona.

O Gráfico do Método de Ovulação Billings® registra com precisão a atividade folicular com as respostas da cérvix e da vagina aos hormônios, seja o ciclo de duração média, curta ou longa ou se houver atividade folicular e nenhuma ovulação.

Perguntas para os Instrutores Experientes

Recentemente, recebemos perguntas sobre vários tópicos que consideramos valiosos para compartilhar com todos os instrutores.

1. É correto afirmar que os espermatozoides vivem por um número específico de horas durante o Padrão Básico de Infertilidade ou é melhor dizer “pouco tempo”?

Há dois pontos a serem considerados aqui: a capacidade fertilizante do espermatozoide e sua expectativa de vida. Durante o Padrão Básico de Infertilidade (PBI) e a fase lútea, a cérvix é fechada aos espermatozoides pelo muco G e a vagina é um ambiente hostil: os espermatozoides são imediatamente atacados por fagócitos, sua capacidade de fertilização é rapidamente prejudicada e morrem dentro de um curto tempo. Eles precisam de muco não apenas para sobreviver, mas também para manter sua capacidade de fertilização: o PBI não fornece nenhum desses requisitos para a fertilidade do casal - mesmo que os espermatozoides sobrevivam por várias horas, eles são incapazes de fertilizar um óvulo.

Se for sugerido um período definido - 1-2 horas, os casais podem temer que a fertilidade possa ter começado logo após a relação sexual em uma noite de PBI e talvez o espermatozoide possa sobreviver. Eles podem ter certeza de que, como tiveram relações sexuais no momento da infertilidade, a gravidez não ocorrerá.

A Regra 2 dos Primeiros Dias exige relações sexuais em noites alternadas durante o PBI. A mulher precisa ter certeza de que, no final do dia, o PBI ainda estará presente antes que ocorra a relação sexual. Ela pode não ter mais certeza de seu PBI, se a relação sexual ocorrer mais tarde durante a noite.

2. Li na literatura que o manganês é a causa da retirada de umidade quando as Bolsas de Shaw são ativadas. Por que isso não é mais mencionado na literatura atual?

Após discussões com o Professor Odeblad, o Dr. Mark Whitty escreveu um artigo explicando por que o Professor Odeblad mudou seu pensamento sobre o manganês em relação às Bolsas de Shaw. Este artigo foi publicado no Boletim da WOOMB Internacional em abril de 2013: Notas sobre as Bolsas de Shaw.

Originalmente, pensava-se que os níveis mais elevados de manganês encontrados nas amostras ofereciam pelo menos uma explicação parcial para o mecanismo de absorção de água e, portanto, de “secagem”; mas depois foi descoberto que:

(1) existem canais nas membranas celulares superficiais que podem transportar água ativamente para dentro e através das células, bem como o menor mecanismo de absorção passiva. Então, o manganês não é mais necessário como explicação.

(2) os níveis de manganês estão relacionados ao tamanho da colônia de lactobacilos (bactérias “boas”), e o manganês entra melhor nessas células em um fluido levemente ácido. O estrógeno promove a alcalinidade, portanto o retorno do domínio da progesterona auxilia no aumento do manganês. O manganês é comumente usado por bactérias em seu reparo de DNA. Portanto, o manganês encontrado nas amostras tem muito mais probabilidade de estar nos lactobacilos.

Referência: Mark Whitty MD, Wilfred Shaw MD, FRCOG 1897 – 1953 *Interim Notes on the Pockets of Shaw, Bulletin of WOOMB Internacional Ltd, Vol. 40-1, April 2013 p 4*

3. Eu sabia que as Bolsas de Shaw eram ativadas pela progesterona e é por isso que o Ápice do Método de Ovulação Billings® pode ser identificado com tanta segurança com a mudança para não mais escorregadia, mas recentemente me disseram que as Bolsas são ativadas durante o PBI. Está correto?

As Bolsas de Shaw são ativadas sempre que a progesterona é o hormônio ovariano dominante no ciclo. Quando a fertilidade começa, o estrógeno aumenta e se torna o hormônio dominante, mas até esse ponto de mudança, a progesterona é dominante. Neste ponto de mudança, as Bolsas de Shaw são inativadas e qualquer fluxo que sai da vagina contorna as Bolsas de Shaw e a umidade não é mais retirada. Durante a fase pré-ovulatória - o PBI, assim como a infertilidade pós-ovulatória - a fase lútea, as Bolsas são ativadas e retiram umidade. Durante ambas as fases, a progesterona é o hormônio dominante. Como esta atividade é tão óbvia após o Ápice, a ênfase tem sido neste momento e alguns podem não ter percebido o significado da ativação das Bolsas de Shaw durante o PBI. Assim, nossos escritos recentes afirmam que o aumento da progesterona pouco antes da

ovulação reativa as Bolsas de Shaw.

4. É verdade que a mulher pode sentir uma pequena quantidade de fluxo na vulva, embora ela possa não ver nenhum sinal visível de fluxo?

O Professor Odeblad respondeu a esta pergunta na edição de 1989 do Atlas do Método de Ovulação Billings®, Apêndice 1 com o seguinte:

“são necessários 5 mg de muco para resultar na sensação escorregadia e 10 mg para a sensação pegajosa. A quantidade deve ser muito aumentada para ser vista.”

Referência: *Atlas of the Billings Ovulation Method*, 5th edition April 1989, Appendix 1, Page 91: Erik Odeblad MD PhD

5. Lembro-me de ouvir uma musiquinha “Regra 3 dos Primeiros Dias, espere para ver, 123”. Disseram-me que isso pode causar confusão. Parece-me uma maneira muito boa de lembrar a Regra. Existe alguma razão pela qual não podemos ensinar isso?

Quando sabemos algo bem, muitas vezes não podemos perceber o que os outros podem estar absorvendo ao ouvir o que dizemos. Uma pessoa, ao ouvir isso, receberia a mensagem certa e seria capaz de aplicar a Regra com precisão. Outro ouviria: que a Regra 3 dos Primeiros Dias é aplicada quando há uma interrupção do PBI. Eles esperariam neste dia de interrupção. Então, no dia seguinte, eles começam a contagem. Eles perderam o objetivo da Regra e podem retomar a relação sexual em um momento fértil. A interrupção do PBI indica fertilidade potencial devido ao aumento do estrógeno. A espera é para permitir que o resultado desta interrupção seja evidente - Ápice ou retorno do PBI. É necessário sempre explicar esta Regra completamente.

A Regra 3 dos Primeiros Dias é aplicada em todos os ciclos, sempre que houver uma interrupção do PBI. O casal espera sem ter relações sexuais se o desejo é evitar uma gravidez. Se o Ápice for identificado, a Regra do Ápice será aplicada. Se não houver Ápice, espere até que o PBI retorne. Em seguida, conte 3 dias consecutivos de PBI antes de aplicar a Regra 2 dos Primeiros Dias ao PBI até a próxima interrupção do PBI. Se o Ápice não for identificado, é sempre importante adicionar a informação "contar 3 dias consecutivos de PBI " para tornar esta regra clara.

Dos Arquivos

Uma canção de amor

John e Evelyn Billings

Este artigo sem data foi escrito pelos Drs. John e Evelyn Billings em algum momento da segunda metade da década de 1990.

Nosso Santo Padre, o Papa João Paulo II, deu grandes contribuições para a elevação do status da mulher na sociedade moderna. Ele nos ajudou a entender o que ele chamou de “gênio das mulheres”. Ele se refere àqueles talentos que fomentam não apenas o papel de gerar filhos e seu papel principal na educação dos filhos, especialmente durante a primeira infância, mas também por serem capazes de ocupar um lugar nas profissões eruditas, nos negócios, na política e todas aquelas vocações coerentes com a sua feminilidade e às quais, de fato, pode dar contribuições especiais justamente por ser mulher. Embora sua dignidade como mulher nem sempre seja reconhecida com o devido respeito e ainda seja frequentemente negado o devido respeito, é verdade que sempre houve respeito pelo amor materno. Esse instinto maternal continua presente em toda mulher, quer ela tenha filhos ou não, e nos ajuda a entender por que os mais bem-sucedidos de quase todos os empreendimentos são aqueles que são atendidos por homens e mulheres que trabalham juntos. É o amor que tem este mesmo elemento materno que observamos na compaixão e no carinho da mulher pelos enfermos, pelos deficientes, pelos desfavorecidos e pelos idosos. O amor materno é verdadeiramente maravilhoso e um reflexo do amor de Deus por todos nós. É preciso dizer também que o amor paternal de um pai pelos filhos também é magnífico, de tal forma que ele não se poupará para protegê-los e sustentá-los.

Existe um outro amor humano, isto é, o amor que cumpre o segundo mandamento de amar o próximo como a nós mesmos, e queremos dizer o amor que se chama “matrimonial” ou “conjugal”, que é indiscutivelmente o maior de todo o amor humano. Não existem as mesmas forças naturais da paternidade ou de outra consanguinidade para evocá-lo. É reconhecido como semelhante ao amor que existe entre as Pessoas Divinas dentro do único Deus Trinitário e é o amor que foi projetado por Deus para permitir que os seres humanos participem da criação de novos indivíduos humanos destinados a desfrutar da felicidade eterna na família de Deus no Paraíso.

Uma família passa a existir quando um homem e uma mulher são atraídos um pelo outro e começam uma amizade que se aprofunda no amor e, finalmente, naquela forma especial de amor humano que os leva a uma aliança baseada no desejo de que suas duas vidas individuais se tornem unidas em uma vida compartilhada, exclusiva e indissolúvel juntos. Uma nova família foi formada.

Na sua Encíclica *Humanae Vitae* (n. 9), o Papa Paulo VI descreve as marcas e exigências características do amor conjugal, dizendo-nos que «este amor é antes de tudo plenamente humano, isto é, dos sentidos e do espírito ao mesmo tempo ... um ato de livre arbítrio destinado a suportar e crescer por meio das alegrias e tristezas da vida diária, de tal forma que marido e mulher se tornem um só coração e uma só alma, e juntos alcancem sua perfeição humana. Então, esse amor é total, ou seja, é uma forma muito especial de amizade pessoal, na qual marido e mulher compartilham tudo com generosidade, sem reservas indevidas ou cálculos egoístas... De novo, este amor é fiel e exclusivo até a morte... E finalmente este amor é fecundo, pois não se esgota com a comunhão entre marido e mulher, mas está destinado a continuar a suscitar novas vidas.»

Num discurso em um encontro internacional para a promoção do Bem-estar da Mulher em 7 de dezembro de 1996, o Papa João Paulo II falou sobre Maternidade: O Presente das Mulheres para a Sociedade, no decorrer do qual ele disse: “O amor conjugal é a expressão mais elevada e bela de relações humanas, de amor altruísta e generosidade, pois, é essencialmente o desejo de crescimento mútuo. Neste encontro baseado no amor recíproco, cada um é reconhecido pelo que é chamado a expressar os seus talentos pessoais e a concretizar as suas potencialidades. A lógica do dom de si (*Carta às Famílias*, n.11) é fonte de alegria, ajuda e compreensão.”

Nascemos para a vocação do amor, primeiro para amar a Deus com todas as nossas forças e, segundo, para amar o nosso próximo como a nós mesmos. Para a pessoa casada, é o cônjuge o próximo a quem esse dever é devido. O Planejamento Familiar Natural é uma mensagem de amor e tem um apelo ao coração de cada ser humano, porque todos fomos feitos para amar, à imagem de Deus. Embora a recente festa da Páscoa tenha nos lembrado do sacrifício salvífico de Cristo, permanecemos afetados pelo pecado de Adão e, enquanto lutamos em nosso caminho para o céu, muitas vezes tropeçamos e às vezes caímos. Quando caímos, devemos nos levantar novamente e continuar, e às vezes ajudar outros que estão tendo dificuldade em ficar de pé novamente, não esquecendo de responder com gratidão quando nós mesmos recebemos a ajuda de Deus por outro ser humano.

No casamento, há muitas razões para voltar à maravilhosa passagem de São Paulo, na qual ele nos disse: “O amor é paciente, ... é bom ... não guarda rancor; não se alegra com a injustiça, mas se rejubila com a verdade; sustenta, crê, espera, persevera até o fim” (1 Cor 13, 4-7). Quando há ocasiões no casamento em que a raiva ou o egoísmo se intrometem, devemos estar prontos para admitir nosso fracasso e pedir desculpas. Se sofremos com a raiva ou egoísmo do cônjuge, devemos estar prontos para perdoar. Muitos homens sábios e santos nos disseram que a mais difícil de todas as virtudes é o perdão; e é a única virtude humana mencionada na oração do Senhor, a oração que o próprio Jesus nos ensinou.

Na Humanae Vitae, o Papa Paulo VI apelou aos casais cristãos para darem testemunho cristão. Ele escreveu: “É a eles que o Senhor confia a tarefa de tornar visível a todos a santidade e doçura da lei que une o amor mútuo de marido e mulher com sua cooperação com o amor de Deus, o autor da vida humana” (n.25).

É neste século que foi reconhecido que quando Deus fez a primeira mulher, ele implantou mensagens em seu corpo que a capacitaram. reconhecer aqueles dias do ciclo em que ela não pode conceber, aqueles dias em que a concepção é possível, o dia da máxima fertilidade e a época da ovulação, podendo então prever quando ocorrerá a próxima menstruação, caso ela não tenha concebido. Portanto, agora a mulher pode compartilhar essa informação com seu marido, à medida que seu corpo revela a intenção criativa de Deus em um determinado momento. Usando essas percepções, o marido e a esposa podem tomar decisões prudentes em relação ao espaçamento da gravidez e ao tamanho de sua família, e adquirir crescente responsabilidade sexual à medida que percebem que, por suas próprias ações, determinam se outra criança pode ser concebida ou não.

Em todas essas considerações, suas mentiras são uma verdade oculta, um tesouro de amor e uma promessa eterna. Esta é a criança. A criança é a chave para o nosso retorno à sanidade e ao amor. Aqueles de nós que amamos crianças sabemos que isso é verdade, que é o amor que transmite a mensagem vital ao casamento e é honrado no ato sexual, temos a obrigação de ensinar e iluminar esta verdade com amor. É por meio de ações destinadas a eliminar o elemento procriador da união sexual física, quebrando o ato reprodutivo em dois fragmentos separados, que a criança e o amor não são mais vistos como um, e ambos correm perigo.

A Experiência Chinesa

Na China, a promoção da religião é proibida e existem sérias penalidades para quem infringir a lei. Fizemos nossa primeira visita à China em 1986 e empreendemos um programa de informações sobre o Método de Ovulação Billings®, organizado pela Comissão Estatal de Planejamento Familiar. Posteriormente fomos convidados de tempo em tempo para uma série de congressos, a fim de contribuir com artigos sobre o Regulação da Fertilidade Humana. Foi em 1995 que pudemos estabelecer visitas regulares de trabalho para a realização de Cursos de Formação de Instrutores para o Método de Ovulação Billings®. Até agora, já fizemos cerca de 12 visitas ao todo e temos muitos bons amigos e colaboradores na China.

Há muitos católicos na China e o que é chamado de “Igreja Católica Patriótica” pode funcionar, embora não deva possuir qualquer lealdade ao Papa. Então, explicamos ao povo chinês que a solução para os problemas de fertilidade está na natureza. Eles estão muito interessados nessa afirmação e, sem dúvida, muitos deles voltam seus pensamentos para o Autor da Natureza, na medida em que acreditam em um Ser Supremo. Recebemos orientação de um discurso que o Papa João Paulo II transmitiu ao povo da China de Manila, Filipinas, na Rádio Veritas, quando ele estava a caminho da Austrália em janeiro de 1995 para a Beatificação de Mary McKillop, que provavelmente será a primeira Santa canonizada da Austrália. No decorrer deste discurso, digam aos católicos chineses: “Estou bem ciente das dificuldades em que sois chamados a testemunhar a vossa fé em Cristo”. Ele prosseguiu apelando a eles, lembrando que seu testemunho “será ainda mais eloquente se for expresso em palavras e atos de amor ... amor entre vocês, em primeiro lugar, mas amor também por seus irmãos e irmãs chineses, um amor que consiste na compreensão, respeito, tolerância, perdão e reconciliação dentro da comunidade cristã; um amor que envolve serviço, abnegação, fidelidade, trabalho árduo, honestidade e justiça na sociedade como um todo.” Essa é a orientação que tem sido tão frutífera.

Os esposos e esposas chinesas se amam e amam crianças. Eles percebem rapidamente a proteção à saúde da mulher que é proporcionada pelo uso do Método de Ovulação Billings® e têm experimentado a eficácia do Método em evitar a gravidez quando necessário, evitando assim a possibilidade de aborto. Eles adoram nos ouvir falando sobre o amor de maridos e esposas um pelo outro e como esse amor pode ser fortalecido, incluindo a força que flui de viver no casamento como Deus planejou que vivessem, seguindo a lei natural.

O que é realmente notável foi a aceitação por parte das autoridades governamentais, dos membros das Comissões Provinciais de Planejamento Familiar, dos empregados na implementação do Programa de Planejamento Familiar, dos Ginecologistas e Médicos Especializados, e como os próprios chineses recebem de forma impressionante as informações que damos a eles e reconhecem que o Método de Ovulação Billings® é realmente bom para a China. O ensino está agora solidamente estabelecido em quatro Províncias e há orientação oficial de que todas as mulheres e todos os casais sendo instruídos sobre como podem cooperar com o programa do governo, devem receber informações sobre o Método como uma opção aceitável.

Muitas centenas de instrutores foram treinados, dezenas de milhares de casais foram instruídos. Recentemente, um importante teste foi realizado em Nanjing, a capital da província de Jiangsu e que já foi a capital da própria China. Neste ensaio, 992 casais foram instruídos e acompanhados por um ano. no final do qual não houve nenhuma gravidez entre os casais que seguiram as orientações para evitar a gravidez. Um relatório completo deste ensaio será publicado em breve em um jornal chinês na China e em uma tradução em inglês nos EUA.

Deus abençoou o trabalho na China e pedimos aos nossos queridos amigos ao redor do mundo que continuem seu apoio em oração, ao qual o sucesso alcançado deve estar relacionado. O fato de vocês estarem participando desta conferência sugere que todos vocês receberam um convite divino para ajudar a espalhar a mensagem maravilhosa do Planejamento Familiar Natural e a vocês dirigimos as palavras de nosso Divino Senhor para ajudá-los a reconhecer o convite:

“Você não me escolheu, não, eu escolhi você; e eu te constitui para ir e produzir frutos, frutos que durarão; e então o Pai dará a você qualquer coisa que você pedir a Ele em meu nome. O que eu ordeno a vocês é que se amem.” (Jo 15:16-17)



Notícias ao redor do mundo

Itália

Recentemente, os diretores da WOOMB Internacional pediram à Dra. Paola Pellicano de Roma se ela os representaria em um fórum online conduzido pelo departamento da Cúria Romana responsável pela família e pela vida. A seguir está o relatório dela.

Conforme combinado, na semana passada participei, em nome da WOOMB Internacional, do Fórum Amoris Laetitia, organizado pelo Dicastério para os Leigos, Família e Vida. Foi um encontro muito rico e interessante, concentrado em quatro tardes online, que se centrou principalmente em experiências de Associações e testemunhos pessoais, a respeito de alguns temas: a formação de cuidadores; a educação das crianças; espiritualidade conjugal; família e missão; e a fragilidade das famílias.

O horário não me permitiu fazer uma intervenção online, mas escrevi uma mensagem no chat do Fórum. Foi-nos assegurado que todas essas mensagens, juntamente com os endereços dos sites das Associações, serão enviadas a todos os participantes. Este é o texto da breve mensagem que postei:

A Associação WOOMB Internacional pode dar uma grande contribuição à pastoral da família, à luz de Amoris Laetitia, pelos serviços oferecidos por muitos de seus Centros em todo o mundo. Com o ensino e a difusão dos métodos naturais de

regulação da fecundidade, incentiva-se a educação dos cônjuges à ternura e à liberdade autêntica, na consciência de que cada filho é um dom (cf. AL 222). Isso é especialmente importante onde o problema da natalidade (taxas de natalidade em declínio) está presente. Através de muitos projetos de educação em sexualidade, emoções e paixões, WOOMB Internacional contribui para preparar os jovens para a plenitude e a alegria da doação total de si no casamento (cf. AL 142-152).

O site oficial da WOOMB Internacional: www.billings.life

Transmitirei mais notícias e detalhes à medida que os receber, na esperança de que esta seja uma boa oportunidade para cada um de nós e que manteremos contato com o Dicastério.

Brasil

O seguinte relatório foi enviado por Maristela Zoboli Pezzucchi, Presidente CENPLAFAM WOOMB Brasil:

Fortaleza é a primeira cidade do Brasil a aprovar um projeto de lei que estabelece o dia 1º de abril como o Dia do Método Billings. A cidade brasileira se coloca na vanguarda dos esforços para promover métodos naturais de planejamento familiar.

A ideia surgiu em 2018 de um diálogo entre a Sra. Lúcia Studart, responsável pelo CENPLAFAM Nordeste, e o Vereador Jorge Pinheiro, durante as comemorações dos 50 anos da Encíclica papal *Humanae Vitae*, considerando o “Apelo ao Poder Público”, feito por Sua Santidade o Papa Paulo VI:

“Apelo às Autoridades Públicas - E agora queremos falar aos governantes das nações. A vós, acima de tudo, está confiada a responsabilidade de salvaguardar o bem comum. Você pode contribuir muito para a preservação da moral. Nós imploramos a você, nunca permita que a moral de seu povo seja abalada. A família é a unidade primária do estado; não tolerem qualquer legislação que introduza na família as práticas que se opõem à lei natural de Deus.”

Com a aprovação do projeto de lei, o legislativo também viabiliza o desenvolvimento de políticas públicas que visam promover métodos naturais de planejamento familiar ao autorizar governos municipais a destinarem recursos para ações educativas, possibilitando que o Método de Ovulação Billings® seja conhecido e difundido entre os cidadãos de Fortaleza, gerando benefícios para inúmeros casais.

A data foi escolhida em homenagem ao Dr. John Billings, fundador e propagador do Método, falecido em 1º de abril de 2007. Portanto, uma homenagem ao gênio científico que legou à humanidade uma importante contribuição no campo da saúde reprodutiva, salvaguardando a plena e autêntica liberdade humana e defendendo o dom da fertilidade, a confiança no amor conjugal e na dignidade do corpo do humano.

Esperamos que este dia seja em breve nacional e sonhamos que outros países possam trabalhar por um Dia Internacional do Método de Ovulação Billings®!

Filipinas

Raymond Ganar, recentemente nomeado Diretor Associado da WOOMB Internacional (parabéns, Rally), relatou sobre os Cursos planejados para serem realizados nas Filipinas de maio a setembro deste ano, como segue:

1. O curso de aperfeiçoamento de instrutores do Método de Ovulação Billings® é oferecido para aqueles que concluíram o curso de Treinamento Básico de Instrutores com mais de 3 meses de gráficos reais. Atualmente, 23 casais de diferentes dioceses participam do programa. Terminará com uma avaliação. Este projeto está a cargo da Comissão Episcopal Família e Vida, chefiada pelo Arcebispo Garcera. O curso é grátis.
2. Nos dias 19 e 26 de junho e dia 3 de julho de 2021, Edu Child Filipinas organizou palestras sobre o Método de Ovulação Billings™ para seus casais aprenderem e praticarem o método em sua vida conjugal. As sessões não foram feitas para que eles se tornassem instrutores. Edu Child está esperando 30 casais e alguns deles virão de outros países. Edu Child Filipinas cobra PHP 1000,00 por casal.
3. O terceiro curso on-line de treinamento de instrutores sobre o Método de Ovulação Billings™ será nos dias 7, 14, 21, 28 e 4 de setembro de 2021. Novamente, este é um projeto da Comissão Episcopal sobre Família e Vida. O valor do curso é PHP 500,00.

**2nd UPSKILLING COURSE
ON BILLINGS OVULATION METHOD®**

July 5, 12, and 19, 2021
9:30 AM to 11:45 AM

The Online Upskilling Course on Billings Ovulation Method® is intended to those who finished the Basic Teacher Training Course on Billings Ovulation Method®.

This program accredits one to become a Billings Ovulation Method® Teacher.

Endorsed and approved by:



Most Rev. Gilbert Garcera, D.D.
Chairman
Episcopal Commission on
Family and Life (ECLF)

Organized by:



REGISTER NOW!
Please email Cecille De Villa at
ecfl_southluzon@gmail.com
or text 09324971192

*The Upskilling Course is sponsored
by the Episcopal Commission on
Family and Life Southern Luzon
headed by Brenda B. Lacsin.*

**3rd ONLINE BASIC TEACHER TRAINING COURSE
ON BILLINGS OVULATION METHOD®**

Understanding natural fertility using the Billings Ovulation Method®

August 7 to September 4, 2021
9:30 AM to 11:45 AM

This online learning course on Billings Ovulation Method® contains 9 sessions of theory and practice, developed by the Episcopal Commission of WOOMB International, Ltd. in Melbourne, Australia.

The course will be conducted by WOOMB Philippines via ZOOM for FIVE Saturdays while course materials will be uploaded in a Google Classroom.

Students of the program are offered the opportunity to have their own Billings Ovulation Method® chart reviewed at regular intervals within one month. All information is treated as strictly confidential.

This program is a pre-requisite for the Upskilling Course, which accredits one to be a Billings Ovulation Method® Teacher.

Endorsed and approved by:



Most Rev. Gilbert Garcera, D.D.
Chairman
Episcopal Commission on
Family and Life (ECLF)

REGISTER NOW!
Please email Cecille De Villa at
ecfl_southluzon@gmail.com
or text 09324971192

Course fee: Php 500.00
includes of all 9 sessions, access to course materials and one month review of your own Billings Ovulation Method® chart.

Transfer payment to Brenda B. Lacsin, BPI account no. 2040-0000-19

Organized by:



WOOMB
World Organisation of Ovulation Method Billings

COURSE OUTLINE

- AUG 7** 1. The Science of the Billings Ovulation Method®
Applying the Billings Ovulation Method® to Normal, Prolonged, Late Start Cycle and Average Cycle (1) Long cycle
- AUG 14** 2. Menstruation/Phases of BIP of Ovary
4. Continued BIP and Different Types of Bleeding
- AUG 21** 3. Applying the Billings Ovulation Method® for Infertility and Peri-Menopausal Women's
Applying the Billings Ovulation Method® to Post-Menopausal Women
- AUG 28** 5. Applying the Billings Ovulation Method® to Achieve a Child
Billings Ovulation Method® and Reproductive Health - Helping women who have difficulty in conceiving a child (issues like PCOS, etc.)
- SEP 4** 6. Billings Ovulation Method® as a Diagnostic Tool - Assessment

Vietnã

A Dra. On Lien, pessoa de contato vietnamita da WOOMB Internacional, enviou fotos da Irmã Mary Huong OP, que tem sido ativa no ensino de suas jovens freiras para que elas possam ajudar os grupos pobres e étnicos com os quais trabalham. Irmã Mary realizou treinamento no Método de Ovulação Billings® há mais de 10 anos, quando a Dra. On com Joan Clements e Gillian Barker visitavam regularmente o Vietnã para conduzir programas de treinamento. Ela, junto com muitos que foram treinados durante esses anos, tem sido muito fiel em continuar a espalhar as boas novas do Método de Ovulação Billings®.



Irlanda

Um extrato do discurso do presidente na Assembleia Geral Anual da NAOMI Billings Irlanda. O Dr. Mark Whitty (outro Diretor Associado da WOOMB Internacional) escreveu enquanto seu país estava saindo das fortes restrições da pandemia de COVID:

. Podemos ficar com o que foi desenvolvido de valor nos últimos meses, e recuperar o que fomos levados a contemplar e valorizar por sua ausência. Nós agora sabemos o que realmente tem valor, e o que queremos recuperar e renovar... até mesmo o Zoom nos fez valorizar a presença real - em todo os sentidos dessa frase.

As restrições do COVID tem direcionado a utilidade e o uso da TI, proficiência e colaboração remota. Para nós, isso foi construído sob a liderança australiana baseada nas grandes distâncias que nos separam, antes que qualquer pandemia chegasse. Como se costuma dizer, viagem, tempo e despesas foram superados. O contato mais frequente melhorou as relações de cooperação. Estamos potencialmente em uma posição melhor para oferecer nosso excelente serviço às pessoas na Irlanda e da Irlanda. Melhorias no site e redução de custos agora abrem caminho para melhorar nossa imagem online para o futuro.

No ano passado, comemorou-se o 70º aniversário da Declaração de Schumann e o 50º das relações formais do Vaticano com a UE e com o Conselho da Europa. O Papa Francisco mencionou a “tentação da autonomia” que pode ser um orgulhoso inimigo da cooperação que tanto valorizamos. Nossos eventos on-line recentes, colaboração contínua, aprendizado de novas habilidades e de TI e cursos recém-desenvolvidos ajudam a apunhalar nas costas qualquer inclinação em direção à divisão. Como disse o Papa, criatividade e iniciativa são desencadeadas precisamente pela determinação em progredir na solidariedade. Valores compartilhados ajudam a identidade, ideais compartilhados unificam e fortalecem, modelos e habilidades compartilhados reforçam nosso *esprit de corps* nos diversos níveis.

A Europa tem para oferecer ao mundo uma luz única; a sua concepção do ser humano e da realidade, a sua capacidade de iniciativa e o seu espírito de solidariedade prática.

Esta está totalmente fora de proporção ao tamanho da Europa ou de "poder" grosseiramente calculado, e foi fomentada e impulsionada pela COVID nestes dois anos exigentes. Precisamos sair desta situação mais pobres, porém melhores. Todos nós fomos ajudados a nos ver mais como pessoas do que como consumidores, e isolados ou desunidos apenas para a desvantagem de todos. Fomos ajudados a ver a real necessidade e valor do que foi chamado de capital humano e *soft power*; ser humano em vez de ser um instrumento passivo numa esteira.

Os belos sonhos do Papa com a Europa são um guia valiosíssimo para nós que “somos chamados a servir de fermento para reavivar a consciência da Europa, com empenho, coragem e determinação”, em cada lugar em que vivamos e trabalhemos. Anteriormente, ele havia falado de “um novo ano [está] se abrindo diante de nós; como o choro de um bebê recém-nascido”. Já respondemos à sua ideia da “criação de uma aldeia educativa... a pessoa humana no centro, investindo de forma criativa e responsável em projetos de longo prazo que formem indivíduos dispostos a se oferecer ao serviço da comunidade”. Esta nossa obra enquadra-se ao serviço do bem comum, tão essencial para “viver a boa vida”. Quase por coincidência este é o ano de São José, que celebra e reapresenta junto com aquele grande patriarca a identidade e o papel dos homens e dos pais, tão queridos e explícitos na vida e nos ensinamentos do Dr. John Billings e tão bem irradiados e refletidos por John e Lyn.

O Papa voltou a reunir-se com o Corpo Diplomático este ano e destacou no final da sua lista de desafios mundiais “talvez a [crise] mais grave de todas; a crise das relações humanas, como expressão de uma crise antropológica geral, que trata da própria concepção da pessoa humana e de sua dignidade transcendente”. Ele se refere à educação como “um antídoto natural para o ... individualista ... culto de si e a primazia da indiferença.” (Em 2019 ele havia falado do trabalho “para defender o valor transcendente da vida contra todo tipo de reducionismo”.) Ele então repete que “a família viu seu papel no desenvolvimento da sociedade expandido de uma forma completamente nova ... apresentando a seus filhos um modelo de vida baseado nos valores da verdade, liberdade, justiça e amor.” Ele enfatiza também a necessidade de acesso a cuidados básicos de saúde que atendam às reais necessidades das pessoas.

Estas referências à pessoa humana, à família, à educação e à saúde enquadram-se muito positivamente na nossa parte a serviço da sociedade; um serviço único e ainda mais necessário na luta pela humanidade.

WOOMB Internacional Ltd.

Head Office: 2A/303 Burwood Hwy, East Burwood VIC 3151 Australia

Phone: +61 3 9802 2022 Fax: +61 3 9887 8572

Email: enquiries@woombinternational.org

Website: www.woombinternational.org

ABN 43 118 503 763

Editor: Joan Clements, editor@woombinternational.org

ISSN 2202-7599

The logo for WOOMB International, featuring the word "WOOMB" in a stylized, bold, sans-serif font. The letter "O" is replaced by a circular graphic element containing a smaller circle, creating a unique visual identity.