JULIANA ROBERTO SANTOS

**OVODOAÇÃO: VIVÊNCIAS DAS
DOADORAS E RECEPTORAS DE ÓVULOS
EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em
Ciências

Área de concentração: Fisiopatologia
Experimental

Orientadora: Prof^a Dr^a Julieta M. de Barros R.
Quayle

**São Paulo
2009**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Santos, Juliana Roberto dos

Ovodoação : vivências das doadoras e receptoras de óvulos em um hospital universitário / Juliana Roberto dos Santos. — São Paulo, 2009.

Dissertação(mestrado)—Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Fisiopatologia Experimental.

Orientadora: Julieta Maria de Barros Reis Quayle.

Descritores: 1 .Doação de oócitos/psicologia 2.Reprodução humana assistida 3.Infertilidade 4.Cônjuges/psicologia 5.Entrevista psicológica

USP/FM/SBD-114/09

Dedico este trabalho a minha querida
família, sempre presente em todos
os momentos de minha vida.

Agradecimentos

À professora Dra Julieta Quayle pelo seu carinho/dedicação e que confiou em mim para ser a sua orientanda.

À professora Dra Kayoko Yamamoto e professora Dra Maria Yolanda Makuch pela disponibilidade de integrar a banca, pelas ricas sugestões dadas a este estudo, profissionais competentes e carinhosas.

A secretaria do curso de pós-graduação em fisiopatologia experimental, em especial a Sonia sempre muito atenciosa.

À querida professora Olímpia Rosa Noronha pelo carinho de sempre.

A minha analista Cida o qual pude compartilhar os momentos de intensa angústia.

Ao querido professor Dr Caio Parente Barbosa, que sempre confiou no meu trabalho e dedicação ao nosso serviço de Reprodução Humana.

A querida amiga Dra Simone Tiemi que compartilhou comigo as dificuldades da Ovodoação.

Ao querido Dr Emerson pela ajuda e confiança no meu trabalho, que sempre com carinho escutou as minhas solicitações.

As pacientes que permitiram a realização desta pesquisa.

Aos meus queridos pais que sempre estiveram presentes em todos os momentos de minha vida, transmitindo força e pensamento positivo.

Aos meus queridos irmãos e cunhada por acreditarem na “irmã que gosta de estudar”.

A minha querida tia Miriam por me incentivar a acreditar na minha profissão.

As minhas pequenas Marília e Marcela e sobrinhos: Bonno, Lori, Lavínia, Luana, Mateus e Laura por trazerem alegria a minha vida.

As amigas e amigos muito especiais: Tais, Fábria, Lili, Cris, Ale, Renata, Ana Paula, Mary, Junior, Fesss, Taty, pela amizade, carinho e torcida.

A todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho.

Santos JR. Ovodoação: Vivências das doadoras e receptoras de óvulos em um Hospital Universitário. São Paulo [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009 103p.

Resumo

INTRODUÇÃO: A realização pela maternidade e paternidade freqüentemente é um dos mais importantes projetos de vida para o indivíduo/casal e um dos alicerces sobre o qual o casal constrói o seu relacionamento. O diagnóstico de infertilidade, por representar uma interrupção no projeto de vida do casal, pode gerar dificuldades de relacionamento social, familiar e conjugal, nem sempre facilmente superadas. A doação de óvulos – Ovodoação - é a técnica de Reprodução Assistida no qual o gameta feminino é fornecido por uma mulher distinta da que receberá este, ou o embrião resultante. Essas técnicas podem ajudar casais inférteis nesse projeto de parentalidade. **OBJETIVOS** - Considerando a relativa recenticidade do processo em nosso meio bem como a carência de dados nacionais sistematizados sobre as questões psicológicas envolvidas no processo de Ovodoação, o presente estudo teve como objetivo geral a investigação de vivências auto-referidas por potenciais doadores e receptores de óvulos em programa de Ovodoação, além de identificar os principais motivos referidos por mulheres para serem doadoras ou receptoras de óvulos; compreender fantasias referidas por essas mulheres em relação a esse processo; oferecer subsídios para a equipe trabalhar de maneira mais efetiva e integrada. **MÉTODOS** - O estudo foi realizado no Ambulatório de Reprodução Humana Assistida da Faculdade de Medicina do ABC. Foram convidadas a participar deste estudo todas as mulheres inscritas no programa de Ovodoação entre maio de 2006 e maio de 2008. Nesse período, vinte e três mulheres com idade entre 21 a 35 anos, candidatas à doação de óvulos e 58 mulheres com idade até 53 anos candidatas a recepção de óvulos. Para a coleta de dados foi utilizada entrevista semidirigida, com roteiro de questões previamente elaborado e prontuário para levantar diagnóstico médico. **RESULTADOS** - Pôde-se observar que o desejo de engravidar, a chance de ser mãe e constituir família foram os principais motivos alegados pelas receptoras, em contrapartida, foi reconhecido que essas mulheres teriam que tratar de um novo problema: lidar com a existência de uma quarta pessoa uma mulher mais potente e também com a situação do sigilo e manutenção do segredo do filho eventualmente assim concebido. Em relação às doadoras ajudar foi o motivo mais relatado por essas mulheres para participarem de tal programa. Efetivamente há disponibilidade de ajuda, porém, não com características exatamente de altruísmo, pois há uma expectativa de ganho em relação à forma que serão vistas e tratadas pela equipe por consequência da sua doação e do resultado positivo do próprio tratamento para engravidar. **CONSIDERAÇÕES FINAIS** - A compreensão dessa complexa constelação parece essencial para que a proposta seja sucedida. Os dados obtidos sugerem a existência de um universo multifacetado de fantasias, receios e expectativas que permeiam a vivência de inclusão em programa de Ovodoação, mostrando a importância de que estudos prospectivos sejam realizados

em situações de Ovodoação efetiva, sejam elas bem ou mal sucedidas.

Descritores – Doação de oócitos/psicologia; Reprodução humana assistida; Infertilidade; Cônjuges/psicologia; Entrevista psicológica.

Santos JR. Oocyte donation: Self-referred experiences of potential oocyte donors and receptors in a University Hospital Program. São Paulo [dissertation]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009 103p.

Summary

INTRODUCTION: Self accomplishment through maternity and paternity is often one of the most important life projects for an individual or couple and one of the basis over which the couple constructs their relationship. Because it represents an interruption in the couple's life project, the infertility diagnosis may generate difficulties in the social, familiar and conjugal relationships not always easily overcome. The oocyte donation is an assisted reproduction technique in which the female gamete is provided by a different woman from the one which will receive the resulting embryo. These techniques may help infertile couples in their parenting project. **OBJECTIVES:** Considering the relatively recent quality of the process, as well as the lack of systematized national data concerning the psychological issues involved in the process of oocyte donation, the present study had as its general objective to investigate the self-referred experiences of potential oocyte donors and receptors enrolled in a oocyte donation program; it also aimed to identify the main reasons referred by women for being oocyte donors or receptors; comprehend the referred fantasies of these women towards the process; and offer the health team the support to work through the process in a more effective and integrated manner. **METHODS:** The study was conducted in the Human Assisted Reproduction Center of the Medical School of ABC. All women enrolled in the Oocyte Donation Program between May of 2006 and May of 2008 was invited to participate in the study. Within this period there were 23 women, ages between 21 and 35 years, candidates to the oocyte donation, and 58 women, ages up to 53 years, candidates to the oocyte reception. Data was collected through semi-direct interviews, following a previously elaborated interview guide; the medical records were also used for detecting the medical diagnosis. **RESULTS:** We were able to observe that the wish for pregnancy, the chance of becoming a mother and constructing a family were the main reasons given by women for being oocyte receptors; on the counterpart, a new problem would have to be dealt with by these women: the existence of a forth party, a more potent woman; besides that, there was the secrecy situation, as well as the keeping of the secret from the child conceived from the procedure. As to the donors, helping another woman was the main reason referred by them for participating in such a program. There is in fact disposition to help, however, not with altruistic characteristics, for there is an expectation of gains concerning the way they will be seen and treated by the medical team in consequence of their donation, as well as expectations of a positive result (pregnancy) for their own treatment. **FINAL CONSIDERATIONS:** The comprehension of this complex constellation seems to be essential for the proposal to be well succeeded. The data obtained suggests the existence of a universe full of fantasies, fears, and expectations that permeate the experience of participating in a Oocyte Donation Program, showing also the

importance of prospective studies concerning oocyte donation situations, no matter if they are successful or not.

Descriptors: Oocyte donation/psychology; Human reproduction assisted; Married couple/psychology; Psychology interview.

Sumário

Resumo.....	v
Sumário	ix
Lista de figuras	xi
1. Introdução	1
1.1 Sobre a infertilidade	3
1.2 Sobre Ovodoação e Ovorecepção	5
1.3 Psicologia e infertilidade.....	14
1.4 Sobre o trabalho da Psicologia.....	22
2. Objetivos	24
2.1 Objetivo Geral.....	24
2.1 Objetivos Específicos.....	24
3. Casuística e método.....	25
3.1 Ambiente e Recursos.....	25
3.2 Sujeitos.....	25
3.3 Instrumentos	25
3.4 Procedimentos	26
3.5 Tratamentos dos dados	28
4. Resultados	29
4.1 Dados sócio-demográficos e antecedentes obstétricos	29
4.2 Vivências referidas por receptoras em relação à Ovodoação.....	37
4.3 Vivências referidas por doadoras em relação à Ovodoação.....	49
5.Discussão.....	58
6.Considerações Finais.....	68
ANEXOS	71
ANEXO 1	72
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	72
CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO	73
ANEXO 2.....	74
Roteiro de Entrevista.....	74
ANEXO 3.....	76
Exemplos de Categorização das Respostas.....	76
ANEXO.....	94
Glossário.....	94
Referências Bibliográficas.....	97

Lista de Quadros

Quadro 1. Caracterização das mulheres receptoras participantes da pesquisa.....	31
Quadro 2. Caracterização das mulheres doadoras participantes da pesquisa.....	36

Lista de figuras

Figura 1: A figura 1 mostra as respostas das entrevistadas em relação aos próprios sentimentos e os do companheiro, no que concerne à Ovodoação.....	38
Figura 2: Respostas dadas pelas receptoras em relação a receios/medos, expectativas em relação à Ovodoação	39
Figura 3: Medos/receios relatados pelas receptoras em relação à Ovodoação	40
Figura 4: Respostas dadas pelas entrevistadas em relação às vantagens e	41
desvantagens de participar do programa	412
Figura 5: Respostas das entrevistadas acerca de problemas específicos associados à Ovodoação.....	43
Figura 6: Características atribuídas às entrevistadas a sua condição de receptora	44
Figura 7: Características atribuídas às doadoras pelas entrevistadas	45
Figura 8: Respostas dadas pelas receptoras em relação ao que imaginam que equipe/marido pensam delas aceitando participar do programa	46
Figura 9: Respostas dadas pelas receptoras em relação ao que imaginam que equipe/marido pensaria caso não aceitassem participar do programa	48
Figura 10: Verbalização das entrevistadas em relação aos próprios sentimentos e os do companheiro	50
Figura 11: Respostas dadas pelas doadoras em relação a receios/medos, expectativas em relação à Ovodoação	51
Figura 12: Respostas dadas pelas entrevistadas em relação às vantagens e desvantagens de participar do programa	52
Figura 13: Características atribuídas à própria atitude pela doadora de óvulos.....	53
Figura 14: Adjetivos dados pelas entrevistadas às receptoras e a sua atitude de recepção de óvulos	54
Figura 15: Respostas dadas pelas doadoras em relação ao que imaginam que equipe/marido pensam delas aceitando participar do programa	56
Figura 16: Respostas dadas pelas doadoras em relação ao que imaginam que equipe/marido pensariam caso não aceitassem participar do programa	57

1. Introdução

O interesse pelo presente trabalho surgiu a partir do atendimento de casais em um programa de Reprodução Assistida em um Centro de Reprodução Humana mais especificamente, com casais inseridos no ambulatório de Ovodoação.

Fiquei muito comovida com o desespero destas mulheres – as receptoras - em sua busca de “solução” para o seu problema, problema este que só poderia ser equacionado com a ajuda de outra mulher, de outro casal que estava inserido no mesmo Centro e procurando o saber médico para poder realizar seu sonho.

Percebi que para a equipe médica essa era uma situação nova e de desconforto, pois não é fácil lidar com todas as variáveis que este programa apresenta: o sigilo; encontrar uma doadora; parear a doadora compatível geneticamente com a receptora; a fila de espera pela doadora (não é fácil mulheres se disponibilizarem a doar óvulos); as repetições de exames clínicos; o “incômodo” em sugerir a paciente/casal o tratamento de Ovodoação... tal incômodo era percebido, por exemplo, quando o médico indicava o tratamento a uma mulher jovem (até 35 anos, segundo o conceito médico de fertilidade), pois é praticamente “inaceitável” uma mulher jovem entrar em menopausa precoce: não faz parte do “normal” ou “natural” destino da mulher, não corresponde à representação social de uma mulher jovem e saudável.

Outra comum indicação ocorre quando a mulher está no climatério. Estas queriam sempre “tentar” mais uma vez, fazer o tratamento com o próprio óvulo, e é difícil, para a equipe, dizer a elas que não podem mais gerar com os seus próprios óvulos ou que eles não são “bons” ou “maduros”. É muito comum o médico afirmar que elas estão bem, com ótimas condições de saúde, têm condições de gestar um filho, porém, não mais com o seu material genético. Ouvir esse diagnóstico médico e abrir mão da sua capacidade de ter um filho genético é profundamente doloroso.

Juntamente com a equipe eu passava por estes “incômodos”, principalmente quando devia “escolher” junto com o médico (e muitas vezes sozinha), para qual receptora iriam os próximos óvulos excedentes, escolha esta feita primordialmente através das características físicas e tempo de espera na fila.

Difícil escolha esta; parece que estamos comprando algo, escolhendo uma mercadoria em uma loja. Até parece estar em nossas mãos este poder que em algumas décadas atrás “pertencia somente a Deus”.

Contudo, tinha ainda outras tarefas: olhar de outra maneira para estas mulheres, uma maneira “emocional”, “psicológica”, de “fantasia”, “ilusão”, “esperança” onde estão envolvidas, atrás da realização de um sonho, um desejo, uma vontade, um desafio.

Neste estudo, também está inserida a vivência das mulheres que, de uma maneira ou de outra possibilitam que as pacientes citadas anteriormente possam ter a chance de “tentar”: as candidatas à doação de óvulos – as doadoras. Também inseridas em programas de Reprodução Assistida e querendo realizar seu próprio projeto de engravidar e ter filhos participa deste programa – Ovodoação - sem receber “nada em troca”. Pelo menos, nada concreto, nada que a equipe possa oferecer diretamente em troca de seus óvulos excedentes. Olhando para estas mulheres, e seu especial interesse pela doação de seus óvulos, não consigo pensar, baseando-me na escuta psicológica, que estas fazem a doação apenas por “altruísmo” ou “ajuda” ao próximo. Existe, certamente, junto a essa generosidade, uma dor psíquica intensa, que constatei a partir do momento que fui me aproximando delas e que frequentemente não tem espaço para se expressar.

Refletindo todas estas questões é que nasceu o interesse por este mundo pouco “explorado¹”, mas com uma necessidade imensa de conhecimento e, por que não, de “ajuda”, “cuidados” e atenção.

No que concerne ao texto, esse primeiramente trata de aspectos epidemiológicos da infertilidade e as novas técnicas de Reprodução Assistida; logo após descreve a técnica Ovodoação e o que se sabe sobre as mulheres envolvidas neste processo, os estudos que existem sobre o tema; mais adiante, o texto aborda a infertilidade do ponto de vista da psicologia, onde também aparece a questão da parentalidade, menos citada, mas não menos importante; para finalizar, adiante, descrevo o trabalho do ambulatório de Psicologia no Centro de Reprodução Humana.

Concordo com Marina Ribeiro (2006), quando ela diz em seu livro *Infertilidade e*

¹ Pelo menos, do ponto de vista da Psicologia, embora existam inúmeros estudos acerca de sua viabilidade médica. Se estendermos esse conceito à exploração do mercado, muito também poderia ser agregado.

Reprodução Assistida que “trata-se de uma tarefa árdua - até um ato de ousadia - dizer que um texto está pronto”... Tenho certeza que há mais o que dizer sobre estas pacientes/estas mulheres. Ainda bem que assim é. Mas essa jornada, com essas companheiras, aqui é finalizada. E um primeiro retrato se apresenta.

1.1 Sobre a infertilidade

Atualmente a infertilidade afeta mais de 80 milhões de pessoas no mundo (WHO, 2002), o que equivale dizer que um em cada dez casais apresenta dificuldades para alcançar a gravidez, fato que gera sofrimento social e psicológico entre esses indivíduos.

De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1992) a infertilidade é a incapacidade de um casal engravidar após um período de um ano de relações sexuais sem proteção contraceptiva. Centa (2001) reitera o conceito de infertilidade de acordo com a OMS e o Ministério da Saúde e refere que a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) estabelece este período em dois ou mais anos, reduzindo-o quando o casal apresenta mais idade. Afirma que o estado de infertilidade pode resultar fatores do homem, da mulher ou de ambos, mas que com frequência é a mulher que busca os serviços de saúde.

Os riscos aumentam com a idade e algumas circunstâncias da vida contemporânea contribuem para a redução da fecundidade, tais como mudança nos papéis e aspirações das mulheres, uso de anticoncepcionais, casamentos tardios, adiamento da gravidez, abortos, condições econômicas, dentre outras (Tamanini, 2003; Menning, 1988; Rowe et al., 1998; Harkness, 1987; Oliveira, 2002).

No século XX, a ciência alterou a imutabilidade do feminino frente à infertilidade com a descoberta da contracepção, introduzindo “a liberdade cultural onde antes só se conhecia fatalidade natural, permitiu às mulheres, pela primeira vez, separar prazer e procriação” (Oliveira, 1991).

Ainda no mesmo século, por outro lado, pessoas que, por um motivo ou outro, não podiam ter filhos, viram-se diante da possibilidade de procriar com o surgimento das técnicas de Reprodução Assistida (RA). A contribuição trazida à

reprodução humana, no que diz respeito à impossibilidade de ter filhos, é muito mais notória, sobretudo, porque a transmissão de vida constitui uma sublime capacidade humana, à medida que traz enormes mudanças sociais, culturais e emocionais na vida de quem procria.

As técnicas de RA são muito variadas, indo desde o Coito Programado até a "Barriga de Aluguel", passando por diferentes formas de técnicas de manipulação de gametas e fertilização. Nestas técnicas, há em comum a participação de um terceiro no processo reprodutivo: o esterileuta e sua equipe, que interferem de maneira incisiva na busca da gestação.

O primeiro bebê que nasceu graças às técnicas de fertilização assistida, em 1978, trouxe para o âmbito científico a possibilidade de intervenção no processo de reprodução humana e uma esperança para muitos casais de concretizar o desejo de um filho (Stephoe et al, 1980).

Apesar da inseminação intra-uterina (IIU) já ser usada bem antes de 1978, foi o nascimento do primeiro bebê de proveta, amplamente divulgado pelos meios de comunicação, que chamou a atenção do mundo para as práticas de RA. Segundo Anison (2001), foi a partir daí que as práticas biomédicas na área de RA passaram a fazer parte do cotidiano das pessoas e, diante disso, a população teve conhecimento dos grandes avanços biotecnológicos nesse campo como o congelamento de espermatozoides, embriões, as práticas heterólogas, procriação artificial entre homossexuais, produção independente, útero de substituição.

Com o estabelecimento da injeção intracitoplasmática do sêmen (ICSI), em 1992, as soluções foram em direção às infertilidades atribuídas ao fator masculino. A manipulação pode ser também de células imaturas, não ejaculadas, obtidas cirurgicamente do epidídimo ou do testículo (Te Velde et al., 1998).

“[...] Com a possibilidade da procriação sem o coito parental, homens e mulheres incorporaram novas formas de pensar suas possibilidades de desenvolver o papel parental: formas de pensar que se introduziram no cotidiano, representações que diferem ‘do que deveria ser’ ou ‘do que é natural’ em torno das quais cada vez mais homens e mulheres organizam seus papéis de pai e de mãe” (Makuch, 2006, p.21).

Para Sigal (2003), no começo do século XX, sexualidade e fecundação começam a se dissociar, dando início a novas formas de parentalidade e passando a

relação sexual e o prazer a adquirirem independência da maternidade. No fim deste século nos confrontamos com o paradoxo de poder dissociar a forma de fecundação e o material genético de origem, da maternidade, o que significa uma verdadeira novidade que afeta o “panorama simbólico da relação homem-mulher”.

Sigal (2003) afirma também que os novos avanços sobre a RA vão ao fundamento da nossa relação com a vida e com a morte, impondo importantes mudanças nos referenciais simbólicos de nome, filiação, paternidade, maternidade e sexuação.

Na atualidade, esse “terceiro”, citado acima, se multiplica com diferentes faces: a doação de gametas deixou de fazer parte do imaginário. O “terceiro²” neste caso se refere à inserção de outra pessoa, fora a equipe médica, outra mulher. Recentemente, a utilização de óvulos não próprios para que a gestação ocorra é solicitada quando a interessada em engravidar não pode utilizar os seus próprios óvulos.

Esse processo também pode acontecer em casos de Útero de Substituição. A inserção de outra mulher: a “barriga de aluguel” faz com que a mulher infértil, “sem útero” conviva com diferentes formas do “3º” em sua vida, como afirma Santos³ (2006), o desejo de gravidez é interrompido pela infertilidade, o casal procura ajuda médica e espera ajuda de uma mulher para ser o “útero de substituição”, isso é uma situação difícil para quem deseja apenas um filho. “Esta outra gesta um filho, que não é dela. A infértil, dona do óvulo, lida com a ambivalência de gratidão e inveja desta mulher, depende da outra, mais potente”. Em relação ao companheiro há algumas fantasias complexas, difíceis de lidar: “filho do meu marido com outra mulher, fantasias de traição”.

1.2 Sobre Ovodoação e Ovorecepção⁴

A doação de óvulos – Ovodoação - é a técnica de RA no qual o gameta feminino é fornecido por uma mulher distinta da que receberá este, ou o embrião

² Usualmente essa terminologia é utilizada para referir-se à própria equipe. Aqui nos referimos à triangulação que apresenta de forma polarizada entre o casal/equipe/participante externo.

³ Santos JR. (Faculdade de Medicina do ABC). Aspectos psíquicos da mulher diante da gestação. útero de substituição - relação triangular. (VI Jornada de Psicologia em Reprodução Humana Assistida; 2006; São Paulo, SP).

⁴ Nome utilizado pela autora para definir o tratamento das mulheres receptoras de óvulos.

resultante. Desde a descrição da primeira gestação obtida mediante esta técnica por Trounson e cols., em 1983, e a primeira gestação completa em 1984 por Lutjen e cols., sua difusão tem crescido paulatinamente, em virtude tanto dos bons resultados obtidos como a ampliação de suas indicações.

A legislação de vários países já contempla o tipo de doação de óvulos permitida: Guideline de Ovodoação – The American Society for Reproductive Medicine (ASRM), 2007:

- Permitido por guidelines: Brasil, Argentina, Austrália.
- Não é permitida: Itália, Noruega, Tunísia e Turquia.
- Não é permitida por guidelines: China, Croácia, Egito, Marrocos, Filipinas.
- Doadoras pagas: Espanha, França, Índia, EUA.
- Doadoras identificadas: Suécia, Reino Unido.
- Doadoras familiares: Hungria e Singapura.
- Doadora casada e com filhos: Israel e Singapura.
- Doadora com filhos em 2 famílias: Slovênia.
- Doadora com filhos em 6 famílias: Espanha.
- Identificação da doadora c/ autorização dela: Uruguai e Venezuela

No Brasil, o Conselho Federal de Medicina determina por meio da Resolução CFM nº. 1358/92, artigo IV⁵, que a doação de óvulos não pode ter caráter lucrativo e que o anonimato deve ser preservado. A doadora tem que ser paciente jovem infértil em tratamento necessitando de RA; devem ser preservadas características fenotípicas e tipagem sanguínea (ABO-RH); duas gestações de sexo diferente por milhão de habitantes; consentimento informado assinado por ambas às partes; as clínicas se responsabilizam pelo sigilo e pela manutenção permanente dos dados e registros clínicos.

Portaria da ANVISA⁶ 2006: sorologias obrigatórias para doadora e receptora - HIV I e II; HTLV I e II; hepatite B e C; sífilis; rubéola / toxoplasmose; tipagem ABO/RH; criopreservação dos embriões por 180 dias (quarentena) ou consentimento assinado do casal receptor ciente do risco da transmissão de DST se não o fizer. Obrigatoriedade da clínica em repetir os testes sorológicos da doadora em 6 meses e informar ao casal receptor caso haja soro conversão da doadora.

⁵ Disponível em: <<http://www.crh.com.br>>

⁶ Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>

Mesmo a primeira gestação, com óvulos doados, ter sido descrita há quase 10 anos antes do surgimento da ICSI em 1992, sem dúvida, o estudo acerca das motivações associadas à Ovodoação e a Ovorecepção parece ter sido deixada “para depois” em função de dificuldades específicas em RA.

Do ponto de vista técnico, Corrêa (2000) afirma que a impossibilidade de congelar e disponibilizar óvulos em bancos – como havia ocorrido com o sêmen – colocou um entrave ligado à circulação desse material biológico humano. A invasão e as pesadas manipulações do corpo feminino – implicadas nas diferentes etapas do ciclo FIV, tais como a hiperestimulação hormonal, a punção e coleta de óvulos, a superprodução de embriões etc. – são aspectos negativos, cuja imposição a mulheres que viriam apenas a “doar” seu óvulo seria, de modo geral, ainda mais dificilmente justificáveis do ponto de vista ético do que a fertilização *in vitro* (FIV). Essas mulheres correriam os riscos e arcariam com custos financeiros sem estarem envolvidas em um projeto próprio de maternidade.

Corrêa (2000) destaca que as questões éticas aumentam quando se especula sobre o que levaria uma mulher a doar óvulos em um contexto de efeitos colaterais desagradáveis e indesejáveis, riscos e custos. Na economia da doação no campo da saúde espera-se que à doadora seja oferecido um contra-doação, que simbolizaria o reconhecimento de seu gesto, o qual pode ser a valorização social do ato, como no caso da doação de sangue. No campo da RA as incertezas e atitudes controversas relativas aos bebês de proveta, ao uso do material reprodutivo “doador”, ao congelamento de embriões etc., não permitem que tal circuito possa ser acionado. As interrogações que permanecem no plano ético, psicológico e social, no que concernem às motivações e compensações individuais para a doação de óvulos, têm acabado por suscitar representações ainda mais negativas desta doação.

Uma forma utilizada em muitas clínicas que oferecem tratamento de RA e Ovodoação é a chamada *egg-sharing* - compartilhamento de óvulos - no qual mulheres em tratamentos de infertilidade dividem os seus óvulos com outras na mesma situação de infertilidade, a troco de um menor custo no seu tratamento. Este processo não suscitaria questões levantadas acima, pois as pacientes necessariamente estariam envolvidas no processo de RA, funciona como uma troca, a doadora divide

os seus óvulos com a receptora e esta, ajuda financeiramente o tratamento da doadora.

Nos países onde é permitido o comércio de óvulos ou doadoras identificadas, um ângulo de debate que tem emergido e sido objeto de investigação é o que concerne aos direitos das doadoras.

Reame (2000) defende que estas não só cumprem uma função social, como se envolvem num processo de pesquisa que pode levar à descoberta de desordens médicas ou genéticas, com conseqüências psicológicas. Por outro lado, para além de terem de revelar informação médica e pessoal, submetem-se a procedimentos dolorosos e, apesar disso, pouco ou nada ficam sabendo sobre o casal receptor e sobre os resultados do processo.

Um dos argumentos apresentados contra a divulgação do resultado da doação é o receio que, ao saberem de um eventual insucesso, as mulheres possam sentir que o seu esforço foi em vão, dando lugar a sentimentos de fracasso. Contudo, a prática mostra que o maior receio dos responsáveis dos programas é de que o conhecimento da existência de descendentes possa criar na doadora o desejo de conhecê-los, afirma Reame (2000).

Em outro estudo, Perks e Winston (1991), realizado com 154 potenciais doadoras, a doação não pareceu ser motivo de desconforto emocional nem um processo secreto: 92% das mulheres tinham discutido o assunto com o marido/companheiro e 69% tencionavam contar aos seus filhos. No que se refere aos resultados do processo, verificou-se que: 76% desejavam saber se os óvulos tinham fertilizado; 75% se os embriões tinham sido transferidos; 69% se a gravidez tinha resultado positivo; 52% gostariam realmente de saber se tinha nascido uma criança. Quarenta e dois por cento pretendiam saber da ocorrência de gravidez não evolutiva. Apenas 38% referiram estar dispostas a aceitar o contato da criança aos 18 anos, sendo que 28% pensavam que a criança tem o direito de conhecer a sua origem genética.

Em alguns estudos, como relatados abaixo, encontramos objetivos que se aproximam um pouco de questões levantadas no presente trabalho.

Weil *et al.* (1994) exploraram as representações de um grupo de doadoras em relação ao óvulo e outros aspectos ligados ao processo. Metade do grupo encarava a

doação como um ato de solidariedade feminina; de ajuda a uma mulher a partir da sua própria capacidade fértil, vista pelos autores como “resultante de um movimento de identificação com a mulher infértil”.

Em outro estudo, com o intuito de levantar a motivação de 26 potenciais doadoras, Schover *et al.* (1990) encontraram diferenças face a um grupo controle, na ocorrência de pelo menos um trauma relacionado com a reprodução, com a morte de parente, com divórcio dos pais ou com abuso sexual. Os autores fazem referência a um estudo sobre as motivações altruísticas de 10 doadoras, mas para as quais o processo parecia corresponder a uma necessidade de compensação e resolução de conflitos relacionados com interrupções voluntárias de gravidez ocorridas no passado.

Algumas mulheres tinham uma amiga ou familiar infértil, tal como encontrado por Fielding *et al.* (1998) ou sentiam empatia com o desejo profundo de maternidade das outras mulheres. No entanto, encontrava-se também um grupo de mulheres que pensavam ser este um meio de transmitir os seus genes, pois não esperavam vir a ter filhos. Em menor número surgiam as que desejavam contribuir para o avanço científico, e uma queria doar por uma questão de aventura, para “tomar uma decisão independente dos pais”.

Já Sauer e Paulson (1992) apontam que, embora a principal motivação na sua amostra fosse ajudar outros, aquelas mulheres que fizeram mais de uma doação referiram ser a compensação financeira o aspecto determinante para a nova participação, em culturas onde a remuneração desse esforço é prática corrente.

Lessor *et al.* (1993) e Braverman e Corson (2002) encontraram mulheres que não queriam ter filhos mas referiam transmitir o seu material genético; outras tinham amigos ou familiares que tinham vivido uma situação de infertilidade, estando sensibilizadas para o problema. Um pequeno número tinha algumas interrogações acerca da sua potencial fertilidade, querendo confirmá-la através deste processo.

Em pesquisa com médicos e embriologistas constatou-se que, ao contrário da doação de esperma, a de óvulos é representada como assexual e mantenedora das idéias tradicionais de família, sendo associada com o *altruísmo*, como afirma Luna (2002, grifo nosso).

“O altruísmo é um sentimento de quem põe o interesse alheio acima do seu próprio”, segundo o dicionário da língua portuguesa.

Na leitura psicológica o altruísmo acontece no psíquico do indivíduo. É de extrema importância pensar sobre tais questões que envolvem altruísmo na medida em que um caminho amplo está se abrindo para mulheres e também homens que se envolvem em questões semelhantes: doação de sêmen, doação de embrião, tratamento em que a mulher se propõe a gestar, ou seja, útero de substituição.

A questão do altruísmo parece perder um pouco o seu significado se compararmos com alguns trabalhos já citados. Freud (2006) destaca o altruísmo como mecanismo de defesa e afirma que a entrega dos desejos próprios a uma pessoa e a tentativa para assim os preencher indiretamente são, com efeito, “comparáveis ao interesse e ao prazer com que se observa um jogo no qual não apostaram”.

Afirma Freud (2006, p.93)

Esse processo defensivo serve a dois propósitos. Por um lado, habilita o sujeito a interessar-se amistosamente na gratificação das pulsões de outras pessoas. E, dessa forma, indiretamente e apesar da proibição do superego, a gratificar as próprias pulsões, enquanto, por outro lado, liberta a atividade e a agressividade inibidas, com o intuito primordial de garantir a satisfação dos desejos pulsionais em sua relação original com o próprio sujeito.

Em estudo fenomenológico realizado em um Centro de Fertilização no Reino Unido, Rapport (2003) sobre as motivações das doadoras e suas experiências diante da doação, concluiu que o compartilhamento de óvulos é um mecanismo de resolução de problemas pessoais. Quando foi solicitado que as mulheres descrevessem o que primeiramente as atraiu para o programa, elas mencionaram invariavelmente que viram a doação de óvulos como uma oportunidade de receber tratamento gratuito e de ajudar mais alguém. “Ajudar”, “compartilhar”, “estar a serviço de”, “dar uma oportunidade”, “dar uma chance” e “troca” foram expressões comuns na descrição do papel da doadora no processo de compartilhamento, entretanto, o estudo, realizado com 11 potenciais doadoras, mostrou que essas pacientes não fazem a doação exatamente por altruísmo, mas para poder fazer o seu próprio tratamento, como elas mesmas falaram durante as entrevistas, já que este é gratuito para quem concorda em participar do programa de compartilhamento de óvulos.

Esse estudo buscou compreender as crenças e experiências de potenciais doadoras de óvulos para subsidiar a equipe que trabalha com essas mulheres e afirma que seria necessária uma compreensão consistente de suas motivações para a doação de óvulos e que há necessidade de serem realizados outros estudos de natureza psicológica para atender essa demanda mais efetivamente.

Kalfoglou e Gittelsohn (2000) afirmam que embora as doadoras, em geral, não se arrependam de sua decisão de doar, nem sempre se sentem plenamente satisfeitas com sua experiência. Os autores colocam que é responsabilidade do médico conseguir que tal processo se torne satisfatório para a doadora. A qualidade do cuidado médico e o nível de implicação da paciente no processo são os fatores que mais influem sobre o grau de satisfação, afirmam. Para aumentá-lo, deve-se também minimizar os deslocamentos na clínica, limitar o número de injeções intramuscular, reduzir o risco de hiperestimulação ovariana, proporcionar acompanhamento médico caso seja necessário, e compensar adequadamente a perda de horas e deslocamentos. Tudo isso deve ser acompanhado de um tratamento “respeitoso e afetuoso”, que pode ser acompanhado inclusive de informação sobre os resultados de gravidez, completam os autores.

Contudo, programas de Ovodoação podem beneficiar muitos casais que procuram a RA como tratamento para gravidez, já que estão impossibilitados de engravidar naturalmente e precisam de ajuda médica.

Durante a década de 1990, a doação de óvulos constituiu uma técnica satisfatória no tratamento de casais inférteis, cuja esperança de gestação eram anteriormente muito escassas. “As taxas de gestação, mediante esta técnica são as mais elevadas frente a qualquer outro tipo de procedimento”. (Soderstrom-Antila 2001).

Remohi (2003) destaca que a ampla e ao mesmo tempo, a rápida difusão da doação de óvulos, permitiu que no espaço de uma década essa técnica tenha progredido de maneira vertiginosa. A relativa inacessibilidade dos gametas femininos, e a dificuldade na sincronização entre o processo ovulatório da doadora e o desenvolvimento endometrial da receptora, causaram um atraso de quase um século para conseguir gestação com gametas femininos doados em relação aos masculinos.

Pacientes que perderam a função ovariana devido a câncer, cirurgia, quimioterapia ou radioterapia; mulheres com menopausa precoce, menopausa fisiológica, ovários que não respondem a indução da ovulação, múltiplas falhas de implantação, entre outros, e casos complexos que envolvem doenças hereditárias. Todos estes casos podem ser beneficiados com programas de Ovodoação, segundo Remohi (2003).

Segundo Lindheim et al. (2001), muitas são as dúvidas que se delineiam quando se indica este tratamento a um casal; são em geral, a origem dos óvulos e as características físicas e sociais das doadoras, os aspectos que maior preocupação causa às pacientes denominadas receptoras. Os autores afirmam que, em primeiro lugar, uma explicação detalhada do processo de seleção das doadoras irá ajudar a reduzir a ansiedade que o processo produz; em segundo lugar, costuma ser necessário um trabalho de “mentalização” sobre a paciente acerca do grau de maternidade do futuro filho. O estudo afirma que a potencialização das vertentes biológicas e educacional da maternidade sobre a genética é resultado fundamental na hora de ajudar o casal a tomar uma decisão.

Cabe à equipe médica cuidar para que tudo dê certo ao casal que opta pela recepção de óvulos inclusive quando a equipe propõe, que a paciente deve mentalizar que com o futuro filho é possível realizar a tão sonhada maternidade.

Seibel (2006) relata sua experiência clínica de atendimento e avaliação de pacientes candidatas à recepção de óvulos, afirma que nos casos de remoção dos ovários ou menopausa precoce, a opção de receber óvulos de uma doadora é mais “aceitável”. Para a autora seria a “aceitação do inevitável”, não descartando que certamente há o sofrimento psíquico. Quando esse procedimento é sugerido para falhas de FIV, idade cronológica ou problemas genéticos, a psicanalista relata que percebe maior resistência dessas mulheres aceitarem a doação de óvulos como alternativa de tratamento e completa a sua análise afirmando que “elas querem continuar tentando o tratamento com os próprios gametas, nutrindo a esperança de que o corpo possa contrariar o diagnóstico recebido e voltar a “funcionar” a partir da insistência terapêutica. A autora descreve algumas questões que emergem facilmente, tais como: sentimento do marido para com elas; ciúmes da doadora; receio de futuramente rejeitar o bebê; medo de serem castigadas por “tamanha ousadia”; e,

ainda, “o peso do segredo”. Entretanto, não está descrito em seu relato algo mais específico em relação a esses sentimentos que a autora cita como “sentimentos das receptoras” em relação à Ovodoação.

Finaliza sua contribuição afirmando que é indicado o acompanhamento psicológico dessas mulheres e o trabalho deve seguir na direção de escuta perceptiva e da avaliação na singularidade de cada caso.

Todavia sabe-se pouco a respeito dos psicodinamismos particulares que esta situação, Ovodoação/Ovorecepção suscita. Há ainda uma preocupação legítima que poucas vezes faz essas mulheres/casais pensarem: a universalização do acesso à ciência genômica, inclusive pela *internet*, pode comprometer o sigilo do processo e a constituição dessas novas famílias. Motivo ainda que nos façam pensar sobre a importância de oferecer respaldo a estes casais, um espaço para que possam pensar sobre vicissitudes dessa nova proposta de constituição familiar.

Na busca de uma melhor compreensão das vivências e dos principais motivos que levam mulheres a doar ou receber óvulos, em um Centro de Reprodução Humana onde não existe o *egg-sharing*, é que nasce o interesse por este estudo. Neste estudo as potenciais doadoras estão inseridas no programa de RA, isto é, as candidatas a doação de óvulos estão fazendo tratamento para engravidar. O intuito é identificar além do “altruísmo” como citado em alguns trabalhos descritos acima ou da própria necessidade (no caso das receptoras) que outros motivos levam pacientes inseridas em programas de Ovodoação a doarem os seus óvulos a mulheres impossibilitadas de procriar com os seus próprios óvulos, e o que mobiliza essas últimas a aceitarem essa doação.

O presente estudo visa investigar também, fantasias⁷ que emergem diante da proposta de doar e receber óvulos e o quanto estas podem influenciar em sua decisão de participar do programa de Ovodoação.

Este presente estudo se mostra relevante na medida em que, com a divulgação da existência dessas técnicas e seus resultados, um maior número de mulheres se proponha a participar de tais programas, e por isso, há necessidade de uma melhor compreensão dessa dinâmica por parte dos profissionais que os dirigem, visando maior assistência a essas mulheres que se proponham a participar deste programa.

⁷ “Roteiro imaginário em que o sujeito está presente e que representa a realização de um desejo inconsciente”. (Laplanche; Pontalis, 2008, p. 169).

1.3 Psicologia e infertilidade

A realização pela maternidade e paternidade frequentemente é um dos mais importantes projetos de vida para o indivíduo e para o casal, e um dos alicerces sobre o qual o casal constrói o seu relacionamento. Justamente por sua importância, a infertilidade pode representar um abalo na estrutura psíquica (Ribeiro, 2004).

O desejo de procriar e assim experimentar a maternidade e paternidade é uma das características mais comuns em todo ser humano. Isto significa que estamos falando da realização de um desejo com alto grau de importância e repercussão no psiquismo humano (Gasparini, 2006).

O diagnóstico de infertilidade, por representar uma interrupção no projeto de vida do casal, pode gerar dificuldades de relacionamento social, familiar e conjugal, nem sempre facilmente superadas. Os sentimentos mais comuns são: ansiedade, angústia, culpa, inveja, humilhação, depressão, perda da auto-estima, impotência, entre outros. (Avelar et al., 2000; Dominguez, 2002; Moreira et al., 2002; Palácios e Jadresi, 2000).

Segundo Quayle (2006), a infertilidade constatada relaciona-se a idéia de impotência, morte, fracasso, inutilidade, impossibilidade de realizações. Não raro a impossibilidade de gerar tende a provocar fortes sentimentos de inadequação, que podem permear outras áreas da vida.

O que se espera de um casal é justamente a criação de uma família e, embora o conceito de família venha sofrendo algumas notáveis modificações na atual sociedade ainda prevalecem o entendimento de que ela surge com a chegada do filho.

Como afirma Quayle (2006, p.11)

A constituição do núcleo familiar composto pelo casal e sua prole genética ainda é importante objetivo de vida para incontáveis indivíduos, particularmente quando parece inacessível. A máxima bíblica “crescei e multiplicai-vos” parece marcada a fogo em alguma camada do inconsciente humano, mesmo quando não se constitui como demanda ou aspiração conscientes, entre indivíduos pouco religiosos ou mesmo contestadores. A fertilidade associa-se potência e poder, o desenvolvimento de potencialidades, criatividade; associa-se à virtualidade, a possibilidade de deixar vestígios de sua passagem.

E também Makuch (2006, p.23)

Ter filho, tornar-se “pais” e construir uma família, quando um casal assim o deseja são situações consideradas parte da vida adulta de homens e

mulheres. O projeto parental, em caso de não se concretizar, significa um rompimento dos afetos colocados no filho desejado, a perda de uma criança que ainda não foi concebida que só existe no afeto dos pais. A dor de um casal pela criança que ainda não foi concebida não é um evento socialmente reconhecido e transforma-se em um luto silencioso e solitário.

Para Ribeiro (2004), o desejo de sermos pais como nossos pais floresce de nossa trama identificatória; e os sentidos possíveis de ser homem e de ser mulher perpassam as funções parentais. A capacidade de procriação parece ser um significativo referencial da identidade de gênero, o qual diante do diagnóstico de infertilidade exige um importante trabalho de elaboração psíquica para dar conta da possível alteração no projeto de parentalidade.

A infertilidade tem sido considerada uma experiência de dilaceração biográfica, caracterizada pelo sofrimento e pelos conflitos pessoais vividos pelos homens e mulheres que atravessam essa situação (Burry, 1982).

Segundo Farinati (2006), a experiência da infertilidade pode gerar culpa vergonha, produzindo um estigma social, acarretando isolamento. Queda na auto-estima, carregada de sentimentos de inferioridade, é capaz de configurar quadros importantes de depressão e de ansiedade, podendo desencadear perturbações na esfera emocional, da sexualidade e do relacionamento conjugal

A situação de infertilidade se vincula à vivência de uma situação de fragilidade, tanto para homens como para mulheres, que parece gerar um sentimento de ser defeituoso. Pode se tornar uma experiência devastadora para ambos sendo que suas respostas são filtradas através de papéis diferenciais de expectativas e socializações, o que ocorre em todas as partes do mundo, respeitados os significados culturais e seus contextos. Tal experiência caracteriza o quadro do estigma, afirma Straube (2007).

Whiteford e Gonzales (1995) avaliaram o estigma associado à infertilidade, a culpa e a vergonha decorrentes da internalização das normas sociais expressas nos papéis dominantes do gênero feminino e concluíram que o processo de intervenção médica frequentemente estigmatiza as mulheres que, sentindo-se desvalorizadas para outras realizações fora da reprodução, vêem-se como defeituosas.

Apesar da maior responsabilização dirigida às mulheres quando o assunto é a geração de filhos, a dificuldade em consegui-los costuma atingir ambos os cônjuges,

trata-se de uma situação que geralmente afeta o relacionamento do casal. Além disso, a cobrança por parte da sociedade é dirigida aos dois, embora de maneiras diferentes. Em relação ao homem, a cobrança é no sentido de sua masculinidade.

No que concerne a mulher, a idéia de maternidade como algo constitutivo da condição de ser mulher continua habitando o imaginário feminino. “Embora seja um equívoco uma vez que o feminino é muito mais... ser mulher sem poder ser mãe, para elas, não é um sentimento de fácil apreensão”. (Seibel 2006, p. 71).

Segundo Mansur (2003), não querer um filho é diferente de querer e não ser capaz de ter. Se por um lado a limitação de uma mulher com problemas de fertilidade pode ser considerada apenas do ponto de vista físico e sua capacidade de amar preservada, os termos técnicos: estéril ou infértil carregam a noção pejorativa de que ela é vazia, seca e sem vida por dentro, colocando em cheque seu valor pessoal e sua feminilidade, por meio da avaliação de sua fecundidade.

Sem filhos, a mulher enfrenta seus próprios sentimentos e o olhar dos outros – parece que “encerra um mistério não revelado em seu interior; não se mostrou por dentro; não chegou, a saber-se por inteiro” e, supostamente, ao tornar-se mãe demonstra estar completa, garantindo sua inclusão no mundo feminino – “seu interior conserva intacta sua identidade ao repetir o rito ancestral de gestar-parir”, sintetiza Pravaz⁸ (apud Mansur, 2003, p. 60).

Embora a mulher seja um ser histórico, dotado de capacidade de desejar e simbolizar, muitos aspectos da ideologia do instinto e do sacrifício maternos perduram e ainda pode-se ouvir que uma mulher que não teve filhos “é como uma árvore seca, que não deu frutos” (Mansur, 2003).

Langer (1981, p.31) afirma: “ainda que seu instinto maternal seja sublimado ao máximo, a mulher que não conseguiu realizar-se como mãe sentirá, no fundo do seu ser, haver desperdiçado parte de si própria”.

Observando isto na prática, Trindade e Enumo (2002, p.11), realizaram um estudo com três grupos diferentes de mulheres – solteira; casada sem filhos; casada com pelo menos um filho biológico e dois grupos sócio-econômicos diferentes - e lançaram a expressão: “mulher que não pode ter filhos” onde concluíram que a mulher sem filhos é triste e incompleta, além disso, foram incluídos sentimentos ou

⁸ Pravaz S. Três estilos de mulher. Rio de Janeiro, Paz e Terra; 1981.

percepção de inferiorização e adjetivações pejorativas: “imperfeita, complexada, envergonhada, mal resolvida, inválida, inútil”.

As representações sociais da infertilidade, interpretadas sob a ótica do valor social da maternidade, sugerem que, apesar do cotidiano, continuamos presos à versão romântica e idealizada da maternidade, ainda hoje tão emblemática. Dificulta-se assim a visão de outras possibilidades, tanto em relação a “outras maternidades” como no que diz respeito a “não-maternidade”. Esta situação, por sua vez, contribui decisivamente para que a condição de infértil se apresente como uma transgressão das prescrições e expectativas socialmente impostas tanto para a mulher como para o homem normais (Trindade e Enumo, 2002, p. 17).

Nota-se que não só as mulheres com problemas de fertilidade colocam a mulher sem filhos nesse lugar de “triste, incompleta”, não ter filhos é percebido sempre como um problema.

Segundo Pines (1990), a falta de controle sobre a capacidade de reproduzir do seu próprio corpo significa uma grande crise, um grande desastre para o narcisismo individual da mulher. A autora faz uma alerta à dificuldade que as pacientes inférteis têm com a própria mãe: tais pacientes apresentariam uma fixação num estágio primitivo de seu desenvolvimento, no qual, “elas não sentem permissão de sua mãe para criar o seu próprio bebê”. A autora ainda observa, em sua clínica, que sem dúvida as novas técnicas de RA trouxeram esperança a essas mulheres, no entanto, quando fracassadas podem desenvolver novos conflitos psicológicos.

O desejo de ter um filho tem representações conscientes e inconscientes. Uma mulher deseja um filho para provar a sua própria fertilidade (Langer, 1996). Ter um filho pode significar recuperar a própria mãe e identificar-se com ela e também corresponder a um desejo infantil de presentear uma criança a seu pai.

Para Langer (1996), na mulher infértil prevalecem os temores paranóides. Os atrasos menstruais podem ser sintomas psicossomáticos. As mulheres inférteis que estão tentando engravidar, quando tem um atraso menstrual demonstram um conflito: ambivalência frente à maternidade e o desejo de filho. O atraso menstrual pode expressar sua fantasia frustrada da maternidade.

Em relação ao desejo de ter um filho Klein (1996), afirma que as crianças pequenas possuem um forte desejo de ter os seus próprios bebês, consciente ou inconscientemente. Esses desejos permanecem pela vida adulta e contribuem para o amor que a mulher grávida sente pela criança que está dentro de si.

Em seus escritos, Klein (1997) deixa claro que a necessidade de ter filhos, que é maior do que qualquer outro desejo é intenso na menina, pois a posse de filhos constitui um meio de superar a angústia e aliviar seu sentimento de culpa.

Mais adiante, ela continua: o nascimento do filho, em seu inconsciente (da mãe), não significa tão-somente que o interior do seu corpo e os bebês imaginários se encontra ilesos e novamente perfeitos, mas vem invalidar todas as classes de temores associados com a idéia de crianças. Dar a luz a um bebê tem a representação de restaurar um grande número de objetos. Ao dedicar o seu amor e cuidados maternos, a mãe tem a possibilidade de vivenciar uma renovação feliz da sua ligação mais arcaica com a própria mãe e deixar sentimentos negativos de lado, deixando aflorar bons sentimentos.

Assim sendo, o filho real nascido traz consigo a reparação⁹ para todo e qualquer mal que seus ataques sádicos ocasionaram tanto em relação ao pênis paterno introjetado, quanto aos outros possíveis bebês e, especialmente, atesta a sobrevivência da mãe, todos restabelecidos em sua integridade, afirma Miranda (2004).

De acordo com Ribeiro (2004), a infertilidade representa uma ferida narcísica. O desejo de ter um filho está ligado ao desejo narcísico de imortalidade do Eu. Transmitir a herança genética é uma possibilidade de aproximação da imortalidade. A experiência da infertilidade pode reativar conflitos psíquicos relacionados ao desejo de ter um filho. Para a autora, nesses casos é válido considerar o conceito de infertilidade psicogênica. Os pacientes inférteis concentram seus investimentos pessoais nos tratamentos, esquecendo todas as suas atividades, como se houvesse uma paralisação; assim, eles esperam um desfecho da infertilidade, para continuarem a vida. O desejo de um filho no casal infértil é intensificado pela própria experiência da infertilidade. Conceber um filho se torna uma oportunidade de elaboração de conflitos inconscientes primitivos.

Atualmente a psicanálise tem buscado a compreensão do significado da infertilidade e não sua eventual causalidade psíquica, porém, é importante

⁹ [...] “uma retração quanto à própria agressividade, ou um alarme em relação a ela [...] a capacidade de apiedar-se e o desejo de restaurar tudo” [...] (Hinshelwood RD. Dicionário do pensamento Kleiniano; 1992 p. 460).

compreender que a experiência da infertilidade parece reativar alguns conflitos psíquicos primitivos.

A literatura psicanalítica recente está focada em duas problemáticas psicodinâmicas (Apfel e Keylor, 2002): a primeira relacionada a um luto não elaborado anterior à situação de infertilidade e a importância do paciente entrar em contato com essas angústias antes de iniciar tratamentos para engravidar. A segunda problemática está relacionada com a ausência da ambivalência em relação à maternidade e/ou a inexistência de sentimentos negativos sobre a gravidez e maternidade, utilizando mecanismos de negação de pensamentos e sentimentos negativos. Os autores consideram a situação de infertilidade como um impacto negativo na saúde mental dos pacientes e ressaltam, através da revisão da literatura, que conviver com a infertilidade é semelhante a lidar com outras doenças mais graves; a cada tentativa as pacientes ficam mais deprimidas e esse fato gera um impacto negativo na vida social delas.

Há também algo que devemos considerar nos dias de hoje, a chamada “crise vital” que aparece quando a mulher está próxima dos quarenta anos. O envelhecimento significa sua incapacidade de gerar filhos, não se tratando apenas de uma temporalidade psíquica, mas cronológica. A proximidade dos limites corporais para conseguir a gravidez precipita aquilo que durante anos foi possível driblar: a identidade sexuada. “A castração de algum modo evitada ressurge nessa poderosa castração biológica”. (Gasparini, 2006, p. 78).

O tempo passa e com isso as taxas de fertilidade diminuem. O comportamento até ingênuo de mulheres bem informadas com relação aos efeitos da passagem do tempo na fecundidade também foram relatados por Morris (1997) como manifestações da ambivalência do desejo.

A opção por uma gestação mais tardia pode acarretar alguns dilemas. Cavalcante et al. (2005) evidencia que muitas mulheres que adiaram ou colocaram de lado seus projetos de terem filhos agora se agarram a ele. Estas mulheres, segundo os autores, encontram respaldo nas inúmeras ofertas de tratamentos para esse fim: o mercado de tecnologias reprodutivas promove uma verdadeira obsessão pelo projeto maternidade e reforça a importância do parentesco biológico.

Portanto, as opções feitas ao longo da vida têm consequências e para tudo há um limite.

Para isso essas mulheres/casais, assim como outros casais que passam pela situação de infertilidade, podem contar com as novas técnicas de RA. Os avanços do mundo contemporâneo colocam a disposição um arsenal de alternativas destinadas à resolução de diferentes problemáticas do viver, como as tecnologias da reprodução.

De acordo com Frydman (1986, p.88)

Um filho pode nascer de uma terceira pessoa que nunca saberá sua identidade, um irmão mais novo pode nascer antes de um irmão mais velho, uma mulher pode dar à luz a um filho que não é seu ou trazer ao mundo um filho de um marido morto, um filho pode ter vários pais...

É justamente por essas inúmeras possibilidades surgem a dor psíquica, medo, dúvida e conflito. A função de elaborar algumas propostas é penosa emocionalmente e fazer uma escolha pode ser custoso.

Com a possibilidade dessas novas técnicas nasce também a possibilidade de novas configurações familiares. A medicina moderna propicia uma forma de exercício da parentalidade que foge aos padrões tradicionais: famílias homoparentais¹⁰ de produção independente, filhos concebidos de útero de substituição; embriões congelados; gametas doados, entre outros.

As novas configurações familiares, por trazerem o diferente, provocam estranhamento, passando rapidamente a fazer parte das ameaças da atualidade. Além disso, toda mudança corre o risco de ser experimentada como um ataque ao narcisismo (Ceccarelli 2007).

Quayle (2006, p.13) afirma: “as modernas técnicas de RA colocam em cheque a própria noção de maternidade e paternidade e modificam, inclusive, o conceito de parentalidade e família, com significativas consequências, inclusive do ponto de vista quantitativo”.

Em seguida Quayle (2006), coloca que pouco se sabe, a respeito das repercussões dessas novas constituições nas relações familiares, na construção da subjetividade, no desenvolvimento dessas crianças e na situação de segredo.

¹⁰ “É um termo surgido em 1997 para designar uma situação em que pelo menos um dos pais se assume como homossexual” (Derrida e Roudinesco, 2004, p.48).

Outro fato que merece reflexão, pensando na ajuda destas novas técnicas é a árdua experiência de ser infértil que se manifesta, todavia, por depoimentos que mostram ambivalência de sentimentos quanto às experiências vividas, ora minimizando-as, ora expressando-as sob intensa emotividade. Há relatos de que a situação estigmatizante foi noventa por cento resolvida com a RA (Straube, 2007). Como se ainda pairasse no ar uma dúvida que aponta para uma impossibilidade: o não poder.

Parece que com as novas técnicas de RA os casais conseguem solução para o seu problema: a oportunidade de engravidar, ter um filho, ser pais. Porém, o não poder, a falta, permanece para sempre em suas vidas como uma limitação impossível de ser solucionada.

Straube (2007, p.69) afirma em sua dissertação de mestrado - onde entrevista casais alguns anos depois do tratamento de RA e com os seus filhos nascidos e crescidos – que casais inférteis percebem-se diferente da norma, do padrão. Essa percepção estimula, sem dúvida, a indagação: por que eu? Tal indagação conduz à crença de que não procriar significa não ter lugar no mundo. “Decorre daí uma extrema emotividade, capaz de se manifestar anos depois”.

No entanto, as novas técnicas de RA podem proporcionar aos casais o exercício da parentalidade, como citado anteriormente.

Nesse contexto, o tema parentalidade faz-se presente, na constituição de uma “nova família” envolvendo tecnologia; não consideramos que a família “tradicional” foge do conceito de parentalidade que utilizamos a seguir, porém, sabemos que com o surgimento destas técnicas foi preciso repensar muitos conceitos em relação à constituição dessas novas famílias.

Para Ceccarelli (2007), do ponto de vista psíquico “as famílias são sempre construídas e os filhos sempre adotivos”, pois são os laços afetivos que, como todo investimento, vão organizar o significado família.

A transformação dos genitores em pais não é atrelada ao nascimento de uma criança. Ou seja, nascer da união de um homem e uma mulher não basta para ser filho ou filha. “O nascimento tem que ser transformado em filiação, para que, inserida em uma organização simbólica, a criança se constitua como sujeito”. (Ceccarelli, 2007, p. 93).

Segundo Houzel¹¹ (apud Arruda, 2004), a definição de parentalidade é: “não basta ser genitor nem ser designado como pai ou mãe, é necessário ‘tornar-se pais’, o que se faz por meio de um processo complexo, implicando níveis conscientes e inconscientes do funcionamento mental”.

Enfim, parece que não é a proximidade genealógica, ou a consanguinidade, que determina a filiação. O denominador comum em todos os arranjos familiares é o lugar que o bebê ocupa no imaginário, e na circulação do desejo, de quem o cria.

Por isso, tratamentos de RA/Ovodoação podem beneficiar casais antes impossibilitados de ter os seus filhos naturalmente, porém, faz-se necessário entender que caminhos essas pacientes percorrem e que desejos as impulsionam a optar por essas novas técnicas.

É na busca da compreensão desse desejo que podemos incluir a nossa escuta, não para julgar a necessidade da demanda, mas para dar nome a algo que surge em forma de sintoma.

1.4 Sobre o trabalho da Psicologia

Diante do sofrimento da infertilidade e do impacto dos avanços tecnológicos a psicanálise pode ser um recurso valioso por sua característica, ao mesmo tempo “firme e delicada, capaz de compreender as ressonâncias profundas que uma experiência traumática pode desencadear”, como afirma Seibel (2006, p.70), “a nossa especificidade é justamente a compreensão de que os fatos não são apenas acontecimentos reais, mas que as vicissitudes da vida, os eventos e as manipulações no corpo são acompanhados de impressões subjetivas com ou sem representação”.

O ambulatório de Psicologia existe no Centro de Reprodução Humana desde que ele foi criado em 2002. Visa acompanhar o casal desde seu ingresso no serviço, nas diferentes etapas do tratamento. Desta forma, são realizadas entrevistas iniciais individual/casal; acompanhamento psicológico; grupos de sala de espera e suporte à equipe médica.

A experiência da infertilidade tem um potencial traumático considerável e a maneira como cada casal enfrenta esta dificuldade, pode influenciar o ajustamento psicológico.

¹¹ Houzel D. Les enjeux de la parentalité. Ramonville-Saint-Agne, Éres; 1999.

A entrevista inicial e o acompanhamento psicológico podem ocorrer em diferentes circunstâncias: quando o paciente se insere no programa; depois de três tentativas de gravidez sem sucesso; no pré-natal; na possibilidade do casal decidir parar com o tratamento e na possibilidade do casal decidir pela adoção; na possibilidade do casal decidir pela recepção ou doação de gametas; na possibilidade de útero de substituição; produção independente; casais homossexuais e casais com HIV+. Usualmente, os pacientes são encaminhados pela equipe médica quando passam em consulta.

O tratamento de casais ou indivíduos envolvidos no processo de lidar com a infertilidade vão desde o auxílio na compreensão de procedimentos médicos complexos e sofisticados, até intervenções específicas que possibilitem a compreensão e superação do sofrimento psíquico originado pelo diagnóstico e tratamento da infertilidade.

O apoio psicológico é considerado por diversos autores (Tarabusi et al., 2004; Anderheim et al., 2005; Wischmann, 2005) como um importante recurso à redução de estresse e ansiedade e pode oferecer aos casais a oportunidade para uma exploração reflexiva e uma busca de significado da experiência não só estressante, mas que envolve outros sentimentos associados com a incapacidade de ter filhos naturalmente e a necessidade da busca pela ajuda médica.

Autoconhecimento e compreensão de sentimentos são promovidos juntamente com a resolução de sintomas, embora a sintomatologia sempre esbarre na resolução dos conflitos internos e interpessoais.

Em relação ao trabalho com a equipe médica, este ocorre nas reuniões de inserção (reunião que se dá toda terça-feira para a discussão e decisão de qual o melhor tratamento para aquele casal específico) e nas aulas elaboradas pelo ambulatório de Psicologia que faz parte do programa de pós-graduação em Reprodução Humana – formação em estéril - o qual toda a equipe participa. Esses encontros possibilitam a troca de experiências, objetivando o crescimento da equipe e proporcionando ao grupo, um entendimento dos fatores emocionais envolvidos em todo o processo. A equipe desenvolve sua capacidade de saber sobre o psíquico do paciente e possibilita a humanização dos atendimentos. O suporte à equipe também pode ser dado a qualquer momento quando solicitado.

2. Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Considerando a relativa recenticidade do processo em nosso meio bem como a carência de dados nacionais sistematizados sobre as questões psicológicas envolvidas no processo de Ovodoação, o presente estudo teve como objetivo geral a investigação de vivências auto-referidas por potenciais doadoras e receptoras de óvulos em programa de Ovodoação.

2.1 Objetivos Específicos

- Identificar os principais motivos referidos por mulheres para serem doadoras ou receptoras de óvulos em um programa de Ovodoação;
- Compreender e comparar as fantasias referidas por essas mulheres em relação a esse processo;
- Oferecer subsídios para a equipe trabalhar de maneira mais efetiva e integrada com mulheres candidatas à Ovodoação.

3. Casuística e método

3.1 Ambiente e Recursos

O estudo foi realizado no Ambulatório de Reprodução Humana Assistida da Faculdade de Medicina do ABC, localizado em Santo André. Os atendimentos foram realizados em sala de atendimento individual, designada à equipe de psicologia, localizada dentro do ambulatório.

3.2 Sujeitos

Trata-se de um estudo clínico e transversal que oferece pouquíssimo risco.¹²

Foram convidadas a participar deste estudo todas as mulheres inscritas no programa de Ovodoação entre maio de 2006 e maio de 2008. Nesse período, vinte e três mulheres com idade entre 21 a 35 anos, candidatas à doação de óvulos e 58 mulheres com idade até 53 anos,¹³ candidatas à recepção de óvulos. Todas concordaram em participar da pesquisa após terem sido esclarecidas sobre sua finalidade.

Critérios de exclusão – Foi proposto como critério de exclusão a existência de diagnóstico prévio de distúrbio psiquiátrico, todavia, nenhuma participante foi excluída por esse critério.

3.3 Instrumentos

Foram utilizados os prontuários médicos para levantar o diagnóstico médico – visando completar os dados colhidos em relação ao tratamento e à indicação da Ovodoação e também foi utilizada a entrevista psicológica semidirigida, com roteiro de questões previamente elaborado.

¹² Mobilização psicológica eventual poderia surgir concomitante à ansiedade, estes seriam trabalhados no decorrer das sessões de atendimento psicológico posteriores à entrevista de coleta de dados se a participante assim o desejasse.

¹³ Essas idades referenciais são as preconizadas para o programa pela equipe médica.

Esta entrevista abordou questões como sentimentos relativos à doação e recepção de óvulos, medos e receios, vantagens e desvantagens percebidos no que concerne à participação neste programa e motivos que levaram as pacientes a escolherem.

Esta abordagem foi baseada na proposta de Ocampo e Arzeno (1999), que conceituam a entrevista semidirigida como uma técnica que viabiliza a configuração do campo psicológico pelo entrevistado, permitindo que este exponha com liberdade seus problemas da forma que julgar apropriada. Esta técnica difere da entrevista totalmente aberta pela possibilidade de o entrevistador fazer intervenções que objetivem a fluência da entrevista ou aprofundamento em determinados conteúdos. As intervenções podem ser feitas em forma de perguntas abrangente/s e não-diretivas, assinalamentos de situações de bloqueio ou paralisação em função da angústia gerada pela entrevista, ou ainda por indagações acerca daquilo a que não se referiu espontaneamente o paciente e que podem ser de valia para a compreensão geral do caso, esclarecendo informações contraditórias, ambíguas ou incompletas.

3.4 Procedimentos

Os atendimentos foram realizados, com as pacientes inseridas no programa de Ovodoação. As pacientes foram encaminhadas pela equipe médica, pois na rotina assistencial do programa, todas as candidatas à recepção e doação são encaminhadas à psicologia. Para se ter clareza de onde se insere o presente levantamento, relatamos sucintamente a rotina do ambulatório de Ovodoação.

O Programa de Ovodoação foi criado na faculdade em Agosto de 2005. Não era oferecido, até então, o congelamento dos embriões excedentes (só é permitida a transferência de até quatro embriões segundo regulamentação do Conselho Federal de Medicina, CFM), porque isso implicaria em custo com que a população não poderia arcar. Assim, por não poder “guardar” os óvulos coletados para programas de fertilização, eles eram, até então, descartados.

A partir da constatação de um numerário de óvulos excedentes a serem descartados, potencialmente com boa qualidade e passível de utilização é que se criou o programa de Ovodoação nessa instituição.

No que concerne ao programa, às pacientes recebem um panfleto explicativo,

no grupo de recepção e triagem feito pela equipe de Enfermagem antes de terem sua primeira consulta médica. Este informativo explica o que é Ovodoação, quem pode doar para quem doar e convida os casais a serem doadores dos seus eventuais óvulos excedentes. Para maiores informações sobre a participação no programa o folheto sugere que os pacientes procurem médicos, biólogos ou psicólogos.

Posteriormente, o segundo contato do casal com o programa de Ovodoação acontece na consulta médica.

Em relação a potencial doadora, inicialmente era selecionada na consulta de ultrassom de rotina para acompanhamento do crescimento dos folículos. O médico explicava a mulher/casal sobre o programa de Ovodoação e informava também que a paciente não tem vantagens ou desvantagens em sua participação, ou seja, são informados de que não receberia benefícios, dinheiro ou qualquer outro tipo de preferência.

Recentemente, com o crescimento da demanda, houve uma reestruturação, pois o programa necessita de atenção especial. Nesse momento havia uma grande preocupação com as condições de manutenção do sigilo e o não conhecimento de ambos os casais sobre potenciais doadoras/receptoras.

Portanto, em meados de 2007 foi criado o ambulatório de Ovodoação onde somente o médico responsável e uma médica assistente atendiam o casal receptor e realizava todo o procedimento (primeira consulta, pedido de exames, informações de custos, transferência de embriões). Através do diagnóstico clínico o médico indica a Ovodoação e explica ao casal a possibilidade de ter filhos com óvulo doado.

Já a doadora é pré-selecionada na triagem inicial, depois que a equipe de enfermagem identifica os pré-requisitos médicos para a condição, através de informações fornecidas pela própria paciente: idade (21 - 35 anos) e fator de infertilidade. Neste ambulatório o médico analisa os exames, e se a paciente se encaixar no perfil, de uma doadora¹⁴ é encaminhada para uma pós-consulta realizada pela médica assistente. Esta explica novamente o que é Ovodoação e que a paciente poderá participar deste programa em nosso serviço.

Se o casal não manifestar interesse pelo programa, retorna ao ambulatório de rotina e o médico responsável conduzirá o caso normalmente, dentro dos protocolos

¹⁴ FSH menor 10, síndrome do ovário policístico (SOP); fator masculino de infertilidade, ausência de doenças e doenças na família; sorologias negativas. Segundo a equipe de Ovodoação.

existentes.

No ambulatório de Ovodoação o médico explica para o casal doador todo o procedimento: indução da ovulação, acompanhamento do crescimento dos folículos - ultrassons, punção e doação dos óvulos excedentes, possibilidade de congelamento de embriões e transferência de embriões.

Depois da consulta médica as pacientes são encaminhadas a uma entrevista com a psicóloga que fará um primeiro atendimento e agendará um segundo se houver necessidade. Ao concordar com a participação, será solicitado que assine o termo de consentimento informado e esclarecido (TCLE, em anexo). Em seguida, é realizada a entrevista semidirigida. Acompanhamento psicológico é oferecido para as mulheres que demonstrarem alguma necessidade, mas esses atendimentos não fizeram parte desse estudo.

3.5 Tratamentos dos dados

Trata-se de um estudo descritivo e comparativo. As entrevistas foram analisadas e discutidas a partir do referencial teórico psicanalítico e da literatura e estudos existentes sobre o assunto.

O conteúdo das entrevistas foi analisado a partir dos critérios propostos por Bardin (2004), estabelecendo-se categorias para análise das respostas obtidas. Essas categorias foram elaboradas e criadas a partir do próprio universo das respostas dadas pelas pacientes em cada tópico abordado na entrevista. Posteriormente, os dados foram trabalhados em termos da frequência observada e foi feito o tratamento estatístico pertinente, ao se comparar os achados nos dois grupos.

No anexo 4 é apresentado à categorização de conteúdo utilizada.

4. Resultados

Os resultados são apresentados inicialmente em seu aspecto quantitativo (descritivo) tomando por referência as questões formuladas às pacientes na entrevista e considerando-se os eixos temáticos resultantes da categorização das repostas oferecidas pelas entrevistadas. A seguir, em cada um dos tópicos, são trazidos exemplos de verbalizações das pacientes.

4.1 Dados sócio-demográficos e antecedentes obstétricos

A média de idade das receptoras foi de 42,2 anos (DP=5,42). Eram católicas em sua maioria, sendo 49,2% não praticantes. Quanto à escolaridade, 33,9% das entrevistadas possuem nível superior completo; outras 42,4% possuem ensino médio completo. Oitenta e um por cento são casadas, com uma média de 8,5 anos de união atual. No que se refere aos antecedentes obstétricos, 64,4% delas nunca tiveram uma gestação. Três pacientes possuem um filho adotivo. O tempo de infertilidade referido pelas entrevistadas foi, em média, 6,6 anos, sendo que 55,9% delas já fizeram tratamento para engravidar (incluindo 5 pacientes que fizeram Ovodoação). Quanto ao diagnóstico de infertilidade, 30,5% delas receberam o diagnóstico de menopausa precoce, 5,1% foram consideradas más respondedoras, 55,9 % climatério.

As definições dos termos médicos estão no anexo – glossário.

A média de idade das doadoras foi de 30,2 anos, (DP=3,29). Católicas eram 69,6% das participantes. Quanto à escolaridade 47,8% das entrevistadas possuem nível médio completo e 10,2% nível superior completo. Setenta e oito por cento são casadas, com uma média de 6,2 anos de união atual. A maior parte delas (78,3%) nunca teve uma gestação. Quatro participantes têm filhos. O tempo de infertilidade das doadoras entrevistadas é em média 4,2 anos; 52,2% delas já fizeram tratamento para engravidar; 69,6% das participantes relataram causa de infertilidade masculina.

Dessa forma, com relação à maioria dos dados sócio-demográficos investigados, os dois grupos se assemelham. Todavia, a média de idade das receptoras é maior e a proporção de mulheres que não ficaram grávidas é maior entre as doadoras, que tendem a apresentar em média menor escolaridade.

Apresenta-se a seguir um quadro resumo das características sócio-demográficas, antecedentes ginecológicos e obstétricos das participantes: o quadro 1 refere-se às potenciais receptoras e o quadro 2, às doadoras.

Quadro 1. Caracterização das mulheres receptoras participantes da pesquisa

Receptora	Idade	Religião	Praticante	Ocupação	Escolaridade	Estado civil	União atual	Gestação	Filhos	Tempo de infertilidade	Tratamento	Diagnóstico clínico ginecológico	Diagnóstico do casal
R1	40	Católica	Sim	Fisioterapeuta	Superior	Casada	1a 6m	Não	Não	1a	Ovodoação	Menopausa precoce	Dado não disponível
R2	44	Católica	Sim	Professora	Superior	Amasiada	1a	Sim	Sim	1a	FIV	Climatério	Falhas de fertilização ou implantação
R3	44	Católica	Não	Fisioterapeuta	Superior	Casada	8a	Sim	Não	4a	Ovodoação	Menopausa precoce	Dado não disponível
R4	32	Católica	Não	Dona de casa	Médio completo	Casada	2a 8m	Não	Não	2a 8m	Não	Menopausa precoce	Dado não disponível
R5	41	Católica	Não	Agente administrativo	Médio completo	Casada	8a	Não	Não	7a	ICSI	Má respondedora	Baixa resposta em ciclos anteriores
R6	45	Evangélica	Sim	Empregada doméstica	Fundamental incompleto	Casada	6a	Não	Não	6a	ICSI	Climatério	Falhas repetidas de FIV
R7	40	Católica	Não	Auxiliar documentação	Médio completo	Casada	13a	Não	Não	5a	ICSI	Menopausa precoce	Dado não disponível
R8	39	Católica	Sim	Dona de casa	Médio completo	Amasiada	7a	Não	Não	6a	Não	Menopausa precoce	Dado não disponível
R9	38	Católica	Não	Coordenadora Alunos	Médio completo	Casada	6a	Não	Não	5a	Indução	Menopausa precoce	Dado não disponível
R10	48	Católica	Sim	Costureira	Médio incompleto	Casada	21a	Não	Não	17a	FIV	Climatério	Falhas de fertilização ou implantação
R11	44	Católica	Não	Dona de casa	Fundamental incompleto	Casada	28a	Sim	Adotivo	25a	FIV	Climatério	Baixa resposta em ciclos anteriores
R12	43	Católica	Sim	Dona de casa	Médio completo	Casada	14a	Não	Não	14a	Indução	Climatério	Dado não disponível
R13	32	Católica	Não	Dona de casa	Médio completo	Casada	6a	Não	Não	5a	Não	Menopausa precoce	Dado não disponível
R14	45	Católica	Sim	Farmacêutica	Superior	Casada	2a	Não	Não	2a	FIV	Climatério	Falhas de fertilização ou implantação
R15	38	Católica	Não	Vendedora	Médio completo	Casada	8a	Sim	Não	6a	Não	Menopausa precoce	Dado não disponível
R16	45	Evangélica	Sim	Técnica contabilidade	Superior	Casada	17a	Não	Não	17a	FIV	Climatério	Dado não disponível

R17	39	Católica	Não	Corretora de imóveis	Superior	Casada	14a	Não	Não	11a	Não	Má respondedora	Baixa resposta em ciclos anteriores
R18	49	Evangélica	Sim	Dona de casa	Médio completo	Casada	13a	Sim	Não	10a	IIU/FIV	Climatério	Dado não disponível
R19	48	Católica	Não	Costureira	Médio completo	Amasiada	8a	Não	Adotivo	8a	Não	Climatério	Falhas de fertilização ou implantação/baixa resposta
R20	44	Católica	Não	Auxiliar de enfermagem	Superior incompleto	Casada	6a	Sim	Não	2a	Indução	Climatério	Dado não disponível
R21	44	Católica	Não	Auxiliar de enfermagem	Superior incompleto	Casada	6a	Sim	Não	2a	Indução	Climatério	Dado não disponível
R22	44	Católica	Não	Professora	Superior	Casada	12a	Não	Não	5a	FIV	Trompa obstruída/Climatério	Falhas repetidas FIV/falhas de fertilização ou implantação
R23	43	Católica	Sim	Publicitária	Superior	Casada	2a	Não	Não	2a	CP/IIU	Climatério	Dado não disponível
R24	37	Católica	Sim	Contadora	Superior	Casada	7a	Não	Não	5a	CP/IIU/FIV	Má respondedora	Falhas repetidas FIV
R25	45	Católica	Não	Supervisora caixa eletrônico	Médio completo	Casada	23a	Não	Não	23a	IIU/FIV	Endometriose/Climatério	Falhas repetidas FIV
R26	49	Cristão	Sim	Faxineira	Fundamental incompleto	Casada	9a	Não	Não	9a	Não	Climatério	Dado não disponível
R27	50	Católica	Sim	Dona de casa	Médio completo	Casada	7a	Sim	Sim	7a	CP	Climatério	Dado não disponível
R28	45	Cristão	Sim	Auxiliar de limpeza	Médio completo	Casada	15a	Sim	Sim	15a	FIV	Climatério	Falhas repetidas FIV
R29	41	Católica	Sim	Logística	Superior	Casada	6a	Sim	Não	4a	CP/IIU	Menopausa precoce	Baixa resposta em ciclos anteriores
R30	34	Nenhuma	Não	Desempregada	Superior	Casada	14a	Não	Não	4a	ICSI	Menopausa precoce	Falhas repetidas FIV/falhas de fertilização ou implantação
R31	37	Católica	Sim	Operadora de máquina	Médio completo	Casada	6a	Não	Não	6a	Não	Menopausa precoce	Dado não disponível
R32	48	Católica	Sim	Professora	Superior	Amasiada	4a	Não	Não	4a	Não	Climatério	Dado não disponível
R33	46	Católica	Sim	Desempregada	Médio incompleto	Casada	7a	Não	Não	7a	Não	Climatério	Dado não disponível
R34	45	Católica	Não	Dona de casa	Médio completo	Casada	5a	Sim	Não	4a	Não	Climatério	Baixa resposta em ciclos anteriores
R35	46	Evangélica	Sim	Dona de casa	Médio completo	Casada	7a	Não	Não	7a	Não	Climatério	Dado não disponível

R36	36	Católica	Sim	Contadora	Superior	Casada	2a	Não	Não	2a	CP	Menopausa precoce	Dado não disponível
R37	50	Católica	Não	Administradora	Superior	Casada	1a	Não	Não	1a	IIU	Climatério	Baixa resposta em ciclos anteriores
R38	32	Católica	Sim	Finanças	Superior	Casada	11a	Sim	Não	9a	Não	Menopausa precoce	Dado não disponível
R39	42	Evangélica	Sim	Dona de casa	Fundamental incompleto	Casada	9a	Sim	Não	9a	Não	Menopausa precoce	Dado não disponível
R40	49	Católica	Não	Desempregada	Fundamental incompleto	Casada	13a	Sim	Adotivo	10a	FIV/Ovodoação	Endometriose / Climatério	Falhas repetidas FIV/falhas de fertilização ou implantação
R41	32	Evangélica	Não	Secretária	Médio completo	Amasiada	2a	Não	Não	2a	Não	Menopausa precoce	Dado não disponível
R42	38	Evangélica	Sim	Dona de casa	Médio completo	Casada	9a	Não	Não	9a	FIV	Má respondedora	Baixa resposta em ciclos anteriores
R43	41	Nenhuma	Não	Dona de casa	Médio completo	Casada	14a	Não	Não	14a	CP/FIV/Ovodoação	Má respondedora	Baixa resposta em ciclos anteriores/falhas de fertilização ou implantação/falhas repetidas FIV
R44	44	Evangélica	Sim	Secretária	Superior	Casada	5a	Não	Não	6a	CP/IIU/FIV	Climatério	Falhas repetidas FIV
R45	40	Presbiteriana	Não	Professora	Superior incompleto	Casada	14a	Não	Não	4a	FIV	Endometriose / Má respondedora	Falhas repetidas FIV/baixa resposta em ciclos anteriores
R46	48	Católica	Não	Secretária escola	Médio completo	Casada	3a	Sim	Não	1a	Não	Climatério	Dado não disponível
R47	45	Cristão	Sim	Recepcionista	Médio completo	Casada	8a	Não	Não	4a	FIV	Climatério	Dado não disponível
R48	45	Católica	Sim	Encarregada limpeza	Fundamental completo	Amasiada	5a	Sim	Sim	2a	Não	Laqueadura / Climatério	Dado não disponível
R49	49	Evangélica	Sim	Copeira	Médio completo	Amasiada	4a	Sim	Sim	4a	Não	Laqueadura/ Climatério	Dado não disponível
R50	46	Católica	Sim	Operadora máquina	Médio completo	Amasiada	4a	Sim	Não	4a	CP/FIV	Climatério	Dado não disponível
R51	47	Católica	Não	Nutricionista	Superior	Casada	3a	Não	Não	2a	Não	Climatério	Dado não disponível
R52	46	Cristão	Sim	Professora	Superior	Casada	19a	Não	Não	10a	FIV doação embrião	Climatério	Falhas repetidas FIV

R53	35	Católica	Não	Desempregada	Superior	Casada	4a	Não	Não	2a	ICSI	Trompa obstruída/ Climatério	Falhas repetidas FIV
R54	31	Católica	Não	Bancária	Superior	Casada	2a	Não	Não	2a	Não	Endometriose/ Menopausa cirúrgica	Dado não disponível
R55	46	Católica	Não	Administradora	Médio completo	Amasiada	2a	Sim	Sim	2a	Não	Climatério	Dado não disponível
R56	43	Católica	Não	Recepcionista	Médio completo	Namorada	16a	Não	Não	2a	Não	Climatério	Dado não disponível
R57	28	Católica	Não	Dona de casa	Superior incompleto	Casada	3a	Não	Não	3a	Não	Menopausa precoce	Dado não disponível
R58	42	Católica	Não	Professora	Superior	Casada	22a	Sim	Não	22a	FIV	Climatério	Baixa resposta em ciclos anteriores

Quadro 2. Caracterização das mulheres doadoras participantes da pesquisa.

Doadoras	Idade	Religião	Praticante	Ocupação	Escolaridade	Estado civil	União atual	Gestação	Filhos	Tempo de infertilidade	Tratamento	Diagnóstico clínico ginecológico	Diagnóstico do casal
D1	35	Espírita	Sim	Coordenadora administrativa	Superior	Casada	12a	Não	Não	10a	3 IIUs 1 CP	Dado não disponível.	ESCA
D2	32	Católica	Sim	Dona de casa	Médio completo	Casada	7a	Não	Não	7a	1 FIV	Dado não disponível.	Oligoastenoteratoz oospermia (OAT)
D3	28	Católica	Não	Analista de sistema	Superior	Casada	4a	Sim	Sim	2a	Não	Dado não disponível.	Oligoastenoteratoz oospermia (OAT)
D4	32	Espírita	Sim	Designer de interiores	Superior	Casada	5a	Não	Não	2a 6m	4 CPs 2 IIUs	Endometriose e SOP	Dado não disponível
D5	28	Católica	Não	Dona de casa	Médio completo	Casada	4a 6m	Sim	Não	1a	2 ICSI	Dado não disponível.	Azoospermia
D6	22	Católica	Sim	Comerciante	Médio completo	Casada	1a 7m	Não	Não	2m	Não	Dado não disponível.	Retirada testículo CA
D7	30	Evangélica	Sim	Desempregada	Médio completo	Casada	6a	Não	Não	6a	Não	Dado não disponível.	Retirada testículo CA
D8	29	Católica	+/-	Fonoaudióloga	Superior	Casada	6a 6m	Não	Não	1a 6m	1 CP 2 IIUs	Dado não disponível.	ESCA
D9	33	Católica	Não	Auxiliar logística	Médio completo	Amasiada	4a	Sim	Sim	1a	Não	Laqueadura	Dado não disponível.
D10	30	Espírita	Sim	Analista financeiro	Superior	Casada	9a	Não	Não	7a	Não	Muco hostil	Varicocele/Muco hostil

D11	33	Católica	Não	Desempregada	Superior incompleto	Amasiada	5a	Não	Não	3a	1 FIV	Endometriose	Oligozoospermia
D12	34	Evangélica	Não	Organiza festas	Fundamental completo	Amasiada	8a	Sim	Sim	4a	Não	Laqueadura	Dado não disponível.
D13	35	Católica	Sim	Dona de casa	Fundamental incompleto	Amasiada	6a	Sim	Sim	5a	1 FIV	Laqueadura	Dado não disponível.
D14	26	Espírita	Sim	Comerciante	Médio completo	Casada	3a	Não	Não	2a	1 TPC 3 IUs	Dado não disponível.	Teratozoospermia
D15	31	Evangélica	Sim	Bancária	Superior	Casada	10a	Não	Não	8a	1 ICSI	Dado não disponível.	Varicocele
D16	35	Católica	Sim	Recepcionista	Médio completo	Casada	5a	Não	Não	3a	1 ICSI	Dado não disponível.	Oligoastenoteratozoospermia (OAT)
D17	31	Evangélica	Sim	Desempregada	Médio completo	Casada	10a	Não	Não	5a	Não	Trompas obstruídas	Dado não disponível.
D18	29	Católica	Sim	Encarregada de produção	Superior	Casada	4a	Não	Não	2a	3 CP	Dado não disponível.	Oligozoospermia
D19	28	Espírita	Sim	Professora	Superior incompleto	Casada	8a	Não	Não	8a	MESA	Dado não disponível.	Azoospermia não obstrutiva
D20	26	Evangélica	Sim	Comerciante	Médio completo	Casada	3a	Não	Não	2a	Não	Dado não disponível.	Varicocele
D21	31	Evangélica	Sim	Empregada doméstica	Médio incompleto	Casada	13a	Sim	Não	13a	2 ICSI	Dado não disponível.	Varicocele
D22	27	Evangélica	Sim	Auxiliar de produção	Médio completo	Amasiada	3a5m	Não	Não	1a	Não	Dado não disponível.	Vasectomia
D23	31	Católica	Não	Dona de casa	Superior incompleto	Casada	4a	Não	Não	4a	Não	Anovulatória	Oligozoospermia

4.2 Vivências referidas por receptoras em relação à Ovodoação.

Serão apresentados a seguir os dados relativos às receptoras em relação aos próprios sentimentos e sentimentos que imaginam surgir nos companheiros, associados à Ovodoação; expectativas, medos/receios ao pensarem em participar do programa; se percebem vantagens e desvantagens participando do programa; se pensaram em algum problema específico – social, familiar, ético – ao decidirem candidatar-se ao programa; características/adjetivos que atribuem a elas mesmas em relação à sua participação no programa; características/adjetivos que atribuem às doadoras e, por fim, serão apresentados dados relativos ao que imaginam que a equipe/marido pensa delas, receptoras, aceitando participar ou não aceitando participar do programa de Ovodoação.

A figura 1 mostra as respostas das entrevistadas em relação aos próprios sentimentos e os do companheiro, no que concerne à Ovodoação.

Figura 1: Verbalização das entrevistadas em relação aos próprios sentimentos e os do companheiro

As respostas oferecidas enfatizavam, em sua maioria, o caráter de “solução” e de

oportunidade oferecidas pelo procedimento de Ovodoação. Ocasionalmente, como a “única” ou “última” chance de maternidade. Assim, conforme ilustrado na figura 1: 20 pacientes responderam que ao saber sobre a Ovodoação pensaram que poderiam ter a chance de engravidar. Aparentemente, engravidar para as entrevistadas é algo de muita importância. Já 21 entrevistadas responderam que a Ovodoação seria a solução para o seu problema. Por outro lado, 11 pacientes também acreditam que o marido vê a Ovodoação como solução e 13 pacientes acreditam que o seu marido deixa para que ela decida sobre o procedimento, até porque é com ela que está o problema, segundo afirmam.

Exemplo das falas mais freqüentes:

“Ele achou que a gente ia conseguir uma solução aqui, até com remédio. Aceitou a Ovodoação desde o início.” (R 4)

“Fiquei mais feliz, útero legal, como não ‘ta’ formando óvulo a Ovodoação é uma possibilidade de engravidar.” (R 2)

Comentário:

A entrevistada R4 refere que o seu marido achou que encontraria solução, ao procurar o médico, com remédio, em seguida, coloca que o marido aceitou a Ovodoação desde o início. Se a solução se desse com o remédio sem dúvida seria um problema mais “simples” do ponto de visto médico e emocional de se resolver, isso acaba relevando a complexidade do processo.

A figura 2 destaca os receios/medos e expectativas das entrevistadas em relação à Ovodoação.

Figura 2: Respostas dadas pelas receptoras em relação a receios/medos, expectativas em relação à Ovodoação

A figura 2 mostra que 37% das participantes relataram expectativas em relação ao programa. Dar certo foi a categoria utilizada para expectativa mais citada pelas entrevistadas. Já 24% das receptoras apresentam algum tipo de receios/medos em relação à Ovodoação. Trinta e dois por cento não apresenta receios/medos e nem expectativa em relação ao tratamento.

Exemplo das falas mais frequentes:

“Medo de não ter doadora, (tem) muitos casais esperando. (Eu) acho que não seria uma doadora, um pedacinho de mim no meio do mundo. Ficaria com um sentimento de abandono, abandono do filho. Ela doaria pedacinho dela. Tem que ser corajosa para doar, espero que ela nem fique pensando muito”. (R 12)

“Medo não, sei que vocês são responsáveis, alguma troca, mais a médica disse que não”. (R41)

“Espero que dê certo na primeira vez”. (R18)

“Nenhum, nem coisas que a médica falou doença... Sonho que a gente vai desprezando. Questão (do) tipo de sangue, médica colocou outra possibilidade de tipo de sangue”. (R23)

Comentário:

Aqui a participante (R12) reconhece sua própria relutância em aceitar o papel de doadora, justificando sua posição: ficaria com a sensação de abandono do filho. Isso faz com que tema que outras mulheres tenham a mesma postura, o que restringiria o número de doadoras e, conseqüentemente, suas “chances”.

Já a participante (R23) relata que não tem medos ou expectativas, porém, vai “deixando escapar” um medo “discreto”, mas que não é reconhecido como tal, ou seja, esses não valorizados no primeiro momento constituem parte da realidade dessas mulheres.

Foram considerados isoladamente os receios e medos mais freqüentes.

Figura 3: Medos/receios relatados pelas receptoras em relação à Ovodoação

A figura 3 ilustra os medos/receios mais mencionados ao pensarem na Ovodoação. Pudemos observar que 22% das entrevistadas relatam receios em relação à doadora: preocupação com a saúde ou características físicas semelhantes. Também são relevantes os receios em relação à “qualidade” do conceito, obtido após a Ovodoação (39%).

Exemplo das falas mais freqüentes:

“Pensei se a criança vai nascer perfeita, se ela pode nascer com defeito, se eu pegasse o óvulo de uma pessoa que fosse doente. Mas você me explicou que a doadora também faz exames, agora não tenho medo”. (R 20)

“Sim. Preocupação, nunca tinha ouvido falar sobre este tratamento... pensei se o filho nasceria com características da mãe que doou, mas tirei logo isso da cabeça”. (R26)

Comentário:

Aqui ao mesmo tempo em que há uma preocupação com a criança assim gerada e com a saúde da doadora de óvulos, há também uma desvalorização desse óvulo, desse material genético e dessa mulher que doa.

Em relação às vantagens e desvantagens em participar do programa de Ovodoação.

Figura 4: Respostas dadas pelas entrevistadas em relação às vantagens e desvantagens de participar do programa

Em relação às vantagens e desvantagens em participar do programa de Ovodoação verifica-se que a maior vantagem percebida em participar do programa é a chance de ser mãe (17) e poder engravidar (16). Em relação às desvantagens, 36

entrevistadas acreditam que não há nenhuma, mesmo aquelas que relataram medos/receios em relação ao programa. Interessante notar que o fato de ser a única solução é, paradoxalmente, considerado por algumas participantes como desvantagem, talvez por desvelar o fato da Ovodoação ser percebida como última oportunidade.

Exemplo das falas mais freqüentes:

“Muitas mulheres que não podem ser mãe poderão construir uma família com este tratamento, com filhos pra não ficar só nós dois.” (R 8)

“A gente que não consegue engravidar... chance de fazer tentativas para poder ser mãe”. (R4)

“Sim, mais chances de dar certo, engravidar e ter um filho”. (R50)

“Vantagens? Todas! É uma maneira de realizar o (meu) sonho de formar uma família”. (R1)

Comentário:

Evidencia-se, aqui (R18), um distanciamento inicial com posterior inclusão da entrevistada e seu companheiro: “não ficar só nos dois”.

Os problemas específicos relatados pelas entrevistadas foram divididos em três categorias que são sumarizados e apresentados na figura 5:

Figura 5: Respostas das entrevistadas acerca de problemas específicos associados à Ovulação

Evidencia-se que 76% das mulheres entrevistadas não relatam pensar em nenhum problema específico ao se decidirem pela Ovulação e 12% dessas pacientes identificaram preocupação com problema social. A isto se associa o receio de contar as pessoas/família e ao filho assim concebido, sua origem e o medo disto não ser aceito neste contexto.

Exemplo das falas mais freqüentes:

“Pensei que a (minha) família poderia olhar com outros olhos para o meu filho”. (R 1)

“Nenhum. Preconceito, pessoas que podem pensar (que) o filho não é meu, muita gente que pode ir atrás para saber. Falta de informação sobre a doadora”. (R 12)

“Não pensei em nada, eu quero, ninguém vai saber só eu e ele. Demorei para casar, agora para ter filhos a gente não vai contar. (As) pessoas cobram, é difícil responder quando a gente sabe o que é, qual é o nosso problema, a minha família imagina que é por causa da minha idade”. (R9)

Comentário:

Aqui (R12) como em outras situações associadas à adoção ou à Reprodução

Assistida com a participação de terceiros (inseminação, por exemplo), evidencia-se o receio associado do “mito da origem” como fundamental para a inclusão e aceitação no contexto familiar.

Na fala seguinte (R9) aparece à questão do estigma da infertilidade.

No que concerne à percepção das próprias atitudes quanto à recepção de óvulos, evidencia-se a referência a aspectos positivos.

Figura 6: Características atribuídas às entrevistadas a sua condição de receptora

A figura 6 nos mostra que as características dadas pelas entrevistadas a sua condição de receptora são bem distribuídas, 21% delas se descrevem como amorosas; 19% como esperançosas. Feliz também aparece como uma porcentagem semelhante 17%.

Exemplo das falas mais freqüentes:

“Esperançosa. Nova porta para os casais terem filhos”. (R 4)

“Vou ser capaz de ser mãe, aceitar isso com amor e carinho. Se der certo vou ser feliz. (Sou) corajosa”. (R 9)

“Amorosa, amor que sinto dentro de mim, necessidade de dar a uma criança”.

(R20)

“Amorosa, apesar de não ser teu, é você que está gerando”. (R47)

“(Serei) completa, vou poder realizar o meu sonho, cuidar”. (R46)

“(Sou) especial”. (R55)

Comentário:

A maioria das respostas refere-se a qualidades potencialmente positivas, quer face ao processo (corajosa) quer face ao potencial conceito (amorosa). Todavia, inegavelmente algumas dessas características desvelam condições dúbias. Por exemplo: o “ser corajosa” refere à necessidade de mostrar coragem face a uma dada situação que, assim, mostra-se como sendo, também, arriscada ou perigosa.

Às potenciais receptoras foi também perguntado como elas definiam a atitude da potencial doadora.

Figura 7: Características atribuídas às doadoras pelas entrevistadas

A figura acima revela que 37% das receptoras consideram as doadoras “boas” e 22% as consideram “humanas” pensando na sua atitude de doar, sendo frequentes conteúdos associados ao altruísmo, como doadora, caridosa.

Exemplo das falas mais frequentes:

“Pessoa boa que pensa nos outros.” (R 16)

“Atitude nobre, ato de nobreza poder dividir com pessoas que você não conhece e não pode conhecer. Forma real de se doar, para dividir o que outras pessoas não conseguem.” (R 14)

“Maravilhosa, ela tem um grande coração”. (R46)

“Compreensiva, passou por aquilo, sabe o quanto é ruim querer e não poder”. (R52)

“Humana. Está pensando em outras mulheres que talvez não tivesse a mesma felicidade que ela, ser mãe”. (R36)

Comentário:

A ênfase em características associadas à generosidade é a tônica das respostas das potenciais receptoras.

A seguir a figura 8 ilustra o que as entrevistadas imaginam que a equipe/marido pensa delas por terem optado pelo programa de Ovodoação.

Figura 8: Respostas dadas pelas receptoras em relação ao que imaginam que equipe/marido pensa delas aceitando participar do programa

Observa-se que 34 entrevistadas discriminam em suas respostas as referentes à equipe e ao marido, enquanto 24 entrevistadas não fazem essa diferenciação. Vinte e três (23) pacientes acreditam que a equipe acha que devem participar do programa de Ovodoação, 7 pacientes acreditam que a equipe acha que participam do programa porque quer ter filhos/ser mãe, assim como, 9 pacientes imaginam que o seu marido pensa que elas têm esta vontade. Em relação ao marido, 5 entrevistadas acreditam que eles acham que elas deveriam participar, 7 pacientes relataram que o marido não se manifesta ou não opina em relação a sua participação no programa. Em relação às entrevistadas que não discriminam equipe/marido, pudemos observar que: a paciente deve aceitar é a categoria que mais aparece como resposta (10).

Exemplo das falas mais freqüentes:

“Que sou uma pessoa decidida e preparada para essa evolução da medicina”. (R 1).

“É um sonho meu, eu quero fazer (o tratamento) para realizar esse sonho”. (R 20)

“Imaginaram que na minha cabeça tinha tanta coisa que me mandaram pra psicóloga. Eles acharam que eu não entenderia e me mandou (aqui) para você explicar. O meu marido achou que eu iria aceitar e tentar qualquer chance”.

Comentário:

Tanto a participante R1 quanto a R13 colocam que aceitar fazer o tratamento significa estar preparada para a evolução da medicina ou que participar do programa significa entender. Isso significa que elas não teriam o direito de não participar como uma escolha da paciente.

A seguir a figura 9 ilustra o que as entrevistadas imaginam que a equipe/marido pensaria delas caso não tivessem optado pelo programa de Ovodoação.

Figura 9: Respostas dadas pelas receptoras em relação ao que imaginam que equipe/marido pensaria caso não aceitassem participar do programa

Observa-se que 35 entrevistadas discriminaram em suas respostas as referentes à equipe e ao marido e 23 entrevistadas não discriminaram, não separando equipe/marido. A figura mostra que caso não aceitassem participar do programa imaginam que a equipe acharia que não entendeu o procedimento (13), outras 10 participantes acreditam que caso não aceitassem a equipe consideraria uma opção. Em relação ao marido quase a mesma quantidade de entrevistadas afirma que ele entenderia a sua decisão de não aceitar (11), enquanto que outras 5 entrevistadas imaginam que o seu marido ficaria chateado. Em relação às entrevistadas que não separam equipe/marido pudemos observar que opção é a categoria que mais aparece como resposta (9).

Exemplo das falas mais frequentes:

“Que eu não entendi o método, sou fácil de entender quando alguém me explica”.
(R 16)

“Acho que o meu marido entenderia”. (R 7)

“A equipe falaria: pessoa fraca de espírito. Meu marido me acharia um fracasso,

tentou e fraquejou”. (R50)

Comentário:

Aqui também aparecem falas onde a paciente não aceitando participar do procedimento seria rotulada de “fraca” ou não seria capaz de entender.

4.3 Vivências referidas por doadoras em relação à Ovodoação.

Serão apresentados a seguir os dados relativos às doadoras em relação aos próprios sentimentos e sentimentos que imaginam surgir nos companheiros, associados à Ovodoação; expectativas, medos/receios ao pensarem em participar do programa; se percebem vantagens e desvantagens participando do programa; se pensaram em algum problema específico – social, familiar, ético – ao decidirem candidatar-se ao programa; características/adjetivos que atribuem a elas mesmas em relação à sua participação no programa; características/adjetivos que atribuem às receptoras e, por fim, serão apresentados dados relativos ao que imaginam que a equipe/marido pensa delas, doadoras, aceitando participar ou não aceitando participar do programa de Ovodoação.

A figura 10 mostra as respostas das entrevistadas em relação aos próprios sentimentos e os do companheiro, no que concerne à Ovodoação.

Figura 10: Verbalização das entrevistadas em relação aos próprios sentimentos e os do companheiro

Pudemos observar na figura acima que 15 entrevistadas responderam que ao pensar na Ovodoação poderiam ajudar uma mulher a engravidar/ajudar outros casais, outras 10 entrevistadas relataram que o seu companheiro consentiu a sua escolha pela doação de óvulos.

Exemplo das falas mais freqüentes:

“Que tem uma pessoa esperando para engravidar e eu posso ajudar”. (D 3)

“Ajudar outra pessoa que tenha vontade de engravidar”. (D 7)

“Fiquei imaginando eu precisando e não tendo, posso precisar um dia”. (D 8)

“Indiferente na hora que o médico falou, (o meu marido) falou você que decide”. (D 10)

“(Que eu) poderia estar ajudando outros casais, se o meu marido não tivesse (espermatozoides) também teríamos a ajuda de outro casal”. (R5)

Comentário:

Nota-se que há falas que constataam que as entrevistadas poderiam ajudar a engravidar e também ajudar outros casais. Ajudar outros casais? Elo entre o casal,

formar família, não ficar sozinhos?

A participante D8 coloca que doa pensando que pode vir a precisar. Isso nos faz pensar que não seria exatamente por altruísmo que mulheres se candidatam a doação.

A figura 11 destaca os receios/medos e expectativas das entrevistadas em relação à Ovodoação.

Figura 11: Respostas dadas pelas doadoras em relação a receios/medos, expectativas em relação à Ovodoação

A figura acima mostra que 65% das pacientes não conseguiram relatar medos/receios e expectativas em relação a doar seus óvulos. As que relataram medos/receios conseguiram pensar em encontrar a receptora ou o seu filho encontrar com filho da receptora; das que relataram expectativas (9%) relataram expectativa de dar certo o tratamento para ela e para a receptora.

Exemplo das falas mais freqüentes:

“Não me sinto a vontade de encontrar receptora por aqui. O filho do casal pode conhecer a ‘ovodadora’. Acho que a gente vai amadurecendo, tenho sim dúvidas, inseguranças.” (D 4)

“Não. Não vai me prejudicar em nada”. (D20)

“Não, expectativa tratamento positivo? Não! Nunca passou na minha cabeça, se

não der certo começo tudo de novo”. (D15)

Comentário:

A doadora 4 coloca os seus medos/receios, como se não existissem mais pelo seu amadurecimento. Quando menciona que o filho poderá encontrar a ‘ovodoadora’ refere como um problema para o casal receptor como se ela não fosse atingida com este encontro, tudo se passa como se não fosse com ela, apenas com a receptora.

Já a D20 não acredita que será prejudicada com a sua doação, talvez ela acredite que com a sua doação poderá ter benefícios. A entrevistada 5 nega enfaticamente que pensou em ser beneficiada com o resultado positivo de seu tratamento.

Em relação às vantagens e desvantagens em participar do programa de Ovodoação a figura 12 mostra.

Figura 12: Respostas dadas pelas entrevistadas em relação às vantagens e desvantagens de participar do programa

A figura 12 revela que 8 participantes responderam que ajudar é uma vantagem. Em relação às desvantagens 21 pacientes responderam que não há desvantagem em participar do programa.

Exemplo das falas mais frequentes:

“Sentimento de ajudar alguém, (por isso) vim parar aqui, alguém precisando.” (D

3)

“Prefiro ajudar alguém a jogar fora”. (D14)

“Não vi desvantagem. Estou jogando fora a partir do momento que estou doando, não vou saber quem vai estar ‘receptando’. Mérito da pessoa que vai engravidar”. (D 15)

Comentário:

Assim como as receptoras, as potenciais doadoras hora super-valorizam hora desvalorizam os óvulos, como nos remete a entrevistada 14 que prefere ajudar alguém ao jogar fora ou a entrevistada 15 que refere que doar é a mesma coisa que jogar fora e que não será seu o mérito caso a paciente receptora engravide.

Características atribuídas às entrevistadas a sua condição de doadora de óvulos.

Figura 13: Características atribuídas à própria atitude pela doadora de óvulos

No que concerne a figura 13 pudemos observar que 26% das entrevistadas referem a sua atitude de doar óvulos como uma atitude amorosa, assim como corajosa; 35% das potenciais doadoras referem essa, doar óvulos, ser uma atitude solidária.

Exemplo das falas mais freqüentes:

“Amorosa. Ato de amor, se eu não doar a receptora talvez nunca possa engravidar,

construir família”. (D3)

“Consciente, normal, básico, normal sinceramente, acho que tem que pensar discutir, mas normal.” (D 4)

“Solidária, uma coisa que tenho bastante e posso doar para quem precisa”. (D16)

“Corajosa. Muitos não têm coragem, um pedacinho delas para outra pessoa? (ouvi falar) para eu ter um filho faço qualquer coisa”. (D21)

Comentário:

A participante D3 super valoriza os seus óvulos colocando como condição para a receptora constituir família, se não fosse por ela... Já a D4 coloca a sua atitude de doar como normal.

Assim como as receptoras, as doadoras também referem precisar de coragem para participar do programa.

A figura 14 mostra adjetivos dados pelas entrevistadas às receptoras e a sua atitude de receber óvulos doados.

Figura 14: Adjetivos dados pelas entrevistadas às receptoras e a sua atitude de recepção de óvulos

Observa-se na figura acima que 38% das doadoras consideram a atitude das receptoras de receber óvulos como determinada; 33% delas consideram as receptoras corajosas. Importante ressaltar esse adjetivo dado à receptora – infeliz –

porém, com menos significância estatística 5%.

Exemplo das falas mais freqüentes:

“Determinada porque se (ela) não fosse não aceitaria”. (D 4)

“Batalhadora. Batalhou para conseguir engravidar.” (D 9)

“Corajosa. Se ela falar para a família vai ser discriminada, a sociedade é preconceituosa. Acho que ela tem que tentar todas as possibilidades”. (D15)

“Infeliz. Menos mulher que eu, não produz óvulos... é muito difícil encontrar alguém com a sua fisionomia”. (D18)

Comentário:

A entrevistada 5 refere que é necessário coragem para aceitar a doação de óvulos e que ao comentar com a família a paciente receptora seria discriminada. Tudo se passa como se a própria paciente, a doadora, não tivesse inserida neste contexto.

Apenas uma paciente coloca que a paciente receptora é infeliz, menos mulher que ela, remetendo ao estigma e se colocando como mais potente.

A seguir a figura 15 ilustra o que as entrevistadas imaginam que a equipe/marido pensa delas por terem optado pelo programa de Ovodoação.

Figura 15: Respostas dadas pelas doadoras em relação ao que imaginam que equipe/marido pensam delas aceitando participar do programa

Conforme figura acima as entrevistadas acreditam que o marido acha que elas poderiam ajudar à receptora (6); em relação à equipe (8) entrevistadas acham que doando o programa poderá funcionar; há 5 entrevistadas que não difere se marido ou equipe, que imaginam que pensam: ela é boa/generosa por candidatar-se ao programa de Ovodoação.

Exemplo das falas mais freqüentes:

“Marido gostou porque vou ajudar alguém.” (D 2)

“Acho que pra vocês é um procedimento normal, talvez fiquem contentes, sensação boa, para que o programa dê certo precisa de doadoras.” (D 4)

“Pensam que é correto doar, ajudar o próximo”. (D20)

“Não me importo com o que as pessoas pensam de mim, eu tenho que estar ciente, desde a palestra, não importa se pessoas pensam que estou tendo atitude solidária”. (D23)

Comentário:

A participante D4 estende para a equipe a boa sensação por poder contar com uma doadora, como se o programa não pudesse funcionar sem ela.

A seguir a figura 16 ilustra o que as entrevistadas imaginam que a equipe/marido pensa delas por terem optado pelo programa de Ovodoação.

Figura 16: Respostas dadas pelas doadoras em relação ao que imaginam que equipe/marido pensariam caso não aceitassem participar do programa

A figura acima mostra que 14 entrevistadas acreditam que caso não participassem do programa, tanto a equipe, quanto o marido acharia que é sua opção, outras 6 relataram que a equipe considera na uma pessoa egoísta, assim como 4 pacientes que não difere marido ou equipe.

Exemplo das falas mais freqüentes:

“(É um) direito meu de não aceitar.” (D 3)

“De repente um ato egoísta”. (D23)

“Depois de tanto trabalho jogar fora ou, (é) uma opção dela”. (D20)

“Quanto à equipe, eu que tenho que decidir, vocês pedem, mas não obrigam ninguém. (D 22).

“Quanto ao meu marido acho que para ele seria bom”. (D13)

Comentário:

Não doar, para algumas participantes, é uma opção negativa, egoísta.

5. Discussão

Pudemos observar que em relação às receptoras de óvulos os dados sugerem uma falta; falta de algo que essas mulheres “deveriam” ter ou algum dia tiveram e perderam. Elas lidam de maneira muito peculiar com a falta, é como se fosse possível “colocar algo/tudo no lugar que estava” com a possibilidade de um novo gameta e continuar a seguir a vida...

Engravidar para as entrevistadas foi um dos principais motivos da escolha pela Ovodoação: as mulheres relataram que ver e sentir a barriga crescer, “gerar” um filho, amamentar, fazem parte do futuro desejado. Acreditam que podem “esquecer” que não se trata de um filho genético em virtude de poderem vivenciar as sensações da gravidez. Parece que a gestação obtida cancela, na fantasia, o fato de existir uma diferença genética que aproximaria essa escolha da adoção. Aparentemente, a dicotomia entre filho biológico/adotivo é substituída pelo processo gestacional, podendo corresponder a fortes mecanismos de negação¹⁴.

A “solução do problema” aparece como justificativa da opção pela Ovodoação. Mas, de que problema efetivamente se trata? A falta da maternidade? De um filho? De um elo entre o casal? De um papel/função social? Prolongamento da vida? (no caso das receptoras que estão no climatério). A que falta esse problema se refere? Que vazio se busca preencher?

Os recortes das falas apresentadas anteriormente ilustram uma extensa e intensa diversidade de *lócus* a serem preenchidos, diferentemente, e em momentos diversos, às vezes pelo tratamento, às vezes pela gestação (real/imaginada), e, em outras circunstâncias, pelo filho – real e imaginado. O mapeamento e a compreensão dessa complexa constelação nos parecem essenciais para que a proposta de Ovodoação seja bem sucedida tanto do ponto de vista médico, como psicossocial e cultural.

¹⁴ “Obliteração onipotente, sem referência à realidade concreta [...] refere-se à atividade defensiva de um tipo inicial, primitivo e tipicamente violeto, no qual o ego luta com ansiedades psicóticas”. (Hinshelwood RD. Dicionário do pensamento Kleiniano; 1992 p.379).

Em contrapartida foi observado que com a Ovodoação as mulheres teriam que tratar de um novo problema: lidar com a existência de uma terceira pessoa e uma “quarta” - além do 3º representado pelo esterileuta e sua equipe, esses introduzem a figura de uma doadora. A inclusão dessas “pessoas” – esses “outros” – reativa fantasias primitivas usualmente presentes em processo de adoção.

Qual a carga genética (hereditária) apontada pela doadora? Como lidar com a inveja dessa outra mais potente e que de forma possível ambígua (altruísta/leviana), doa (abandona?) seu óvulo/filho? Como lidar com o mistério da origem? Como lidar/revelar o segredo, e a quem? Em qual momento?

Esse processo também acontece em casos de útero de substituição onde a 4ª, a mulher que participará do tratamento, gesta o filho do casal, da mulher que não possui o útero. Trata-se de uma 4ª mais potente, ambígua (altruísta/leviana), doa (abandona) seu filho? Gesta e dá a luz a um filho que não é dela, mas é dela pois nasceu da sua barriga. Como lidar com a questão do segredo? O filho deve saber que nasceu da barriga de outra mulher?

O que transparece nas falas das entrevistadas nos revela o resultado de racionalização¹⁵ e outras operações defensivas, que se por um lado supervalorizam e enobrece a atitude das doadoras, por outro, deixam entrever a sua incapacidade, eternamente presente no filho eventualmente assim concebido.

Esse filho pode representar a memória da limitação. Uma ferida narcísica constantemente aberta e remexida. Pode, também, aliar-se à elaboração da perda imbricada nessa ferida e resgatar criatividade e potência. A presença de fantasias ou mecanismos maníacos de negação precisa, portanto, ser cuidadosamente pesquisada.

Solução aparece ainda como crença no desaparecimento do diagnóstico, como se com a Ovodoação elas voltassem a ter óvulos e pudessem deixar de ser inférteis. Evidenciou-se que para algumas pacientes isso corresponde a um mecanismo mágico, maníaco, de negação das próprias dificuldades e da realidade da recepção de material genético não próprio, incorporado como se não fosse de fora. Há uma dificuldade de lidar com a realidade corporal/psíquica.

¹⁵ “Processo pelo qual o sujeito procura apresentar uma explicação coerente do ponto de vista lógico, ou aceitável do ponto de vista moral, para uma atitude, uma ação, uma idéia, um sentimento, etc., cujos motivos verdadeiros não percebem”. (Laplanche e Pontalis; 2001 p. 423).

Quando o casal busca o tratamento de RA/Ovodoação e estas técnicas possibilita casais a terem os seus filhos, parece que os mesmos deixam de ser inférteis, como se o “não poder” transformasse em “poder” a partir do uso das técnicas de RA. Na verdade segundo Straube (2007) o estigma ainda se faz presente mesmo depois do uso de técnicas de RA, com filhos nascidos e criados.

O eventual insucesso na fertilização ou processo gestacional, bem como problemas com o filho assim concebido, poderia desencadear processo depressivo intenso e/ou rejeição e dificuldades no relacionamento com esse filho.

Em estudo¹⁶ realizado com famílias de Ovodoação, sêmen de doador e FIV, constatou-se que nas famílias de Ovodoação as mães apresentam respostas menos sensíveis às necessidades dos filhos comparadas com mães de famílias de sêmen de doador. Talvez esses resultados venham de encontro com as hipóteses citadas acima, por isso é fundamental que estes aspectos sejam cuidadosamente observados para o sucesso da gravidez e o relacionamento com o eventual filho concebido.

No que concerne aos medos/receios em relação à Ovodoação muitas entrevistadas relatam medos que já passaram pela sua cabeça e que hoje não existe mais, como preocupação com a saúde do filho e com o bom andamento da gravidez, por se tratar de uma doadora desconhecida. Nesse contexto, parece nos essencial que se investiguem a representação potencialmente associadas a material genético doado, particularmente, como são vistos sêmen/óvulos.

As participantes relatam ainda receio de não encontrar uma doadora, entendem que não é fácil encontrar uma mulher que se disponibilize a passar por tantas etapas “sem receber nada em troca” e ainda o quanto pode ser difícil para uma mulher doar, pensando no óvulo não apenas como um gameta, mas como um pedaço dela ou um filho que ela abandonou. Interessante a idéia do “filho que ela abandonou” quando que em outros momentos trata-se de óvulo doado como qualquer doação, óvulo/órgão e até urina (como citado por uma paciente).

Outro receio importante é como fica a questão do segredo, contar ou não contar para o filho que ele é fruto de um óvulo doado. As entrevistadas imaginam que o filho pode querer saber a identidade da doadora, o que as aproxima dos

¹⁶ Murray C, MacCallum F, Golombok S. Egg donation parents and their children: follow-up at 12 years. *Fertili Steril*; 2006 85v, n 3.

fantasmas da doadora e suas vicissitudes, como na adoção. Parecem temer ainda, não conseguir manter a relação de mãe e filho com o filho assim concebido. Em algumas entrevistas ficou claro o receio deste segredo vir à tona e colocar em exposição o “problema” desta futura mãe, como se elas sentissem vergonha de não terem óvulos, como se fosse inválida, impotente, incapaz, incompleta, árvore seca (Mansur, 2003) remetendo ao estigma usualmente dado a mulher que não pode ter filho, o que ocorreu principalmente entre as entrevistadas no climatério e más respondedoras.

Na experiência psicanalítica há com a situação do segredo um incômodo que “paira no ar”, fazendo com que a criança assim concebida apresente sintomas de ansiedade e confusão.

A preocupação com as semelhanças físicas entre pais e filhos parece ser uma valorização da “cultura do sangue”, em que o ser humano tem uma grande necessidade de encontrar e enfatizar as semelhanças físicas com os filhos. É a imortalidade do eu [...] importante ver um pouco de nós em nossos filhos, afirma Ribeiro (2004). A importância da vinculação genética foi observada por Corrêa (2001), num estudo realizado com mulheres que passaram pela fertilização *in vitro*, em que a autora concluiu que o “filho é percebido como um reflexo dos pais não somente no sentido social do termo, mas também e, sobretudo como um reflexo biológico, representação que as tecnologias reprodutivas tendem a reforçar”.

Entretanto, esses medos/receios discutidos acima não aparecem como desvantagem, quando pensam no programa. Evidencia-se uma cisão ao tentarem tratar da Ovodoação como algo natural e esperado para o tratamento de RA e seus receios, como se tais questões não ocorressem de forma simultânea e integrada.

Uma hipótese levantada é de que as mulheres com mais tempo de infertilidade pudessem verbalizar mais receios em fazer o tratamento de Ovodoação, porém, não se verificou isso em nosso estudo. Com o tratamento dos dados pudemos observar que quanto mais tempo de infertilidade, menos receios/medos são descritos pelas pacientes.

Isto se remete a busca de soluções mágicas, defesas mais primitivas, “mais regredidas”, como se com o óvulo de uma doadora/de outra mulher, o seu problema de falta de óvulo tivesse resolvido, como se o seu óvulo pudesse ser facilmente substituído. A grande maioria delas, 2/3 se recusou a verbalizar os seus

receios/medos: não se deram tempo para pensar no processo, repensarem no programa, a questão da maternidade.

Já 1/3 das pacientes não conseguem relatar nada, receios/medos/expectativas, o que pode nos levar a pensar que as candidatas a Ovodoação não utilizam de maneira consciente as respostas dadas para a pesquisadora e assim, não utilizam a entrevista como uma tentativa de receberem algum benefício por parte da equipe ou serem “aceitas” pelo médico.

Estes dados não vão de encontro com o artigo de Seibel (2006), onde a autora relata que as pacientes receptoras lidam com medos/receios mencionados no presente trabalho, isto talvez se deva ao fato do seu trabalho ser destinado a pacientes que já estão no processo, diferentemente deste estudo que trata-se de pacientes candidatas a Ovorecepção.

As vantagens de participar do programa de Ovodoação mencionadas são: não precisar tomar remédio para estimular a ovulação, que por tratar-se de medicações caras, quer pelo “preço a ser pago fisiologicamente”, remete a um mecanismo defensivo, pois para essas mulheres seria pouco provável a indicação desse tipo de medicação, uma vez que não haveria uma “resposta” adequada para a realização do tratamento, ou seja, com o estímulo das medicações seus óvulos não voltariam a “funcionar”. Tudo se passa “como se” elas estivessem sendo poupadas de um procedimento caro/exigente, quando de fato, suas condições a excluem mesmo de tentar o tratamento.

Vantagem também foi citada pensando que a doadora doa querendo fazer outra mulher feliz – altruísmo – a doadora se coloca no lugar da mulher receptora, e assim, doa seus óvulos para que a mesma possa fazer o seu tratamento. Novamente, a necessidade de idealizar a atitude da doadora, uma vez que há uma percepção, descrita na fala das receptoras, que para elas também existe um ganho, uma transação, uma venda (como nega enfaticamente uma das participantes) pudesse levar a uma desvalorização desse produto (óvulo), dessa forma “vendido”, abandonado, de menos valor.

A Ovodoação também aparece como uma vantagem, por ser considerada uma solução. Entretanto, as pacientes relatam não gostar de ter somente essa opção, concordando que não ter nenhuma opção seria ainda mais complicado.

Aparentemente a Ovodoação é sentida, por estas mulheres, como única alternativa para realizar a maternidade (gravidez, ter filhos, ser mãe) algo que não deve ser questionado, por outro lado esta é realmente a única alternativa para suprir a falta de óvulo, do ponto de vista médico.

Em se tratando dos problemas específicos, problemas familiares foram citados quando as receptoras descreveram que “*as pessoas podem pensar que o filho não é dela*” ou “*que a família poderia tratá-lo de maneira diferenciada*”, apesar de a maioria delas afirmarem que não contariam para a família ou outras pessoas sobre a Ovodoação. Não podemos deixar de pensar se essas “pessoas”, que poderiam assim pensar, não a incluem, refletindo, assim, seu temor em não conseguir considerar como “seu” o filho assim concebido, fadado potencialmente a um tratamento “diferente” (melhor? pior?).

Em relação à atitude das doadoras, as receptoras percebem como nobre/caridosa e ao mesmo tempo, imaginam que no lugar delas doariam apenas em pagamento a uma promessa. Pesado fardo o da promessa – usualmente referido – se a algo que jamais faríamos espontaneamente, se tivéssemos escolha, correspondendo em certa medida à “barganha” entrevista no processo. O quanto essa dinâmica pode contribuir para a desvalorização desse óvulo/bebê/filho, comprometendo a evolução do tratamento? Ao invés de algo altruisticamente doado, se entrevê a percepção desse objeto como resultado de uma promessa, uma escolha feita por falta de outras escolhas ou espírito de sacrifício...

Nos trabalhos citados anteriormente são acionados a questão do altruísmo ou função social. Alguns trabalhos não discriminam se as doadoras são recompensadas financeiramente (Perks e Winston 1991, Reame 2000) quando participam destes programas.

Por fim, em se tratando da opção pelo tratamento, as entrevistadas imaginam que a equipe/marido espera delas essa aceitação, porque “*somos mulheres decididas e preparadas para essa evolução*” e que aceitam porque têm vontade de ter filhos. Em contrapartida, as pacientes não aceitando, seriam covardes, não teriam desejo de filhos real; não seria um direito delas não fazer esta opção, pois isso corresponderia a fechar uma porta; parece que não participar do programa demonstraria fraqueza ou não compreensão da técnica.

No que concernem as doadoras parece ser unânime o aparente motivo que as leva a doar seus óvulos: ajudar alguém/um casal.

Outros casais? Elo? Formar família, não ficar sozinhos?

Acreditam que estão em uma situação difícil, de sofrimento, mas “*pelo menos possuo os meus próprios óvulos*”. Consideram o problema da receptora maior, mais difícil.

Weil et al. (1994) em estudo com um grupo de doadoras conclui que as entrevistadas encaram a doação como um ato de solidariedade feminina e ajuda a uma mulher indo de encontro com os dados coletados neste trabalho.

Com a análise das entrevistas ficou claro que essas mulheres se colocam no lugar das receptoras, são empáticas, de alguma maneira entendem o seu sofrimento por não conseguir realizar o sonho de ter um filho, por outro lado, não se trata exatamente de ajudar uma mulher menos potente, mas talvez de receber certa “consideração” por parte da equipe/marido.

Alguns estudos levantaram a questão da empatia relatada por algumas doadoras para participarem de tais programas (Fielding et al., 1998).

Evidenciou-se também que dezesseis potenciais doadoras, das vinte e três entrevistadas, tiveram como diagnóstico de infertilidade o fator masculino, o que nos remete a pensar que estas mulheres se colocam em uma situação privilegiada, de potência, não só em relação à receptora mas também em relação ao companheiro, “*tenho até de sobra*”. Na verdade quando há o projeto de filho não há como fazer isto sozinho, é preciso dois, o par, o casal, neste caso aquele que faz par com estas entrevistadas não pode dar filhos às mesmas, são inférteis. Contudo estas mulheres não abandonam o impotente/infértil.

As pacientes entrevistadas colocam se efetivamente numa situação de onipotência para negar a própria dor, acreditam que a receptora seja menos capaz que ela, “*uma coitada*”, da mesma maneira que o marido fica em uma posição de inferioridade. Talvez essa seja uma maneira dessas pacientes sentirem se mais potentes. Entretanto, em algumas falas há desvalorização deste material genético, como na fala das receptoras. Algumas doadoras referem à doação de seus óvulos semelhante a jogar fora, já que o mérito da gravidez não será dela.

A fantasia de que serão abençoadas com o sucesso do tratamento também aparece. Quando perguntado a elas sobre suas expectativas em relação ao tratamento, algumas participantes relataram expectativa que dê certo tanto para ela quanto para a receptora. Como uma troca, um merecimento. Na verdade sabemos que não serão magicamente beneficiadas com algo bom, o sucesso do tratamento. Talvez se pudessem dar conta disso poderiam não participar da doação de óvulos, utilizando defesas menos maníacas.

Em relação às desvantagens imbricadas no processo relatam se deparar com elas, caso tivessem que lidar com o insucesso do tratamento e optassem por tentar novamente, repetindo todo o processo, tomariam novamente a medicação. Metade das entrevistadas que participaram do estudo haviam tentado 1 ou 2 vezes o tratamento, porém, foi a primeira vez que se candidataram a doação de óvulos. Este é um cenário que as pacientes não gostariam de enfrentar novamente. As doadoras relataram desgaste físico e dificuldades financeiras em se tratando da repetição do procedimento. Nota-se que as pacientes doadoras possuem um nível de escolaridade menor em relação às receptoras, 47,8% das entrevistadas possuem nível médio completo e 10,2% nível superior completo; são também mulheres mais jovens, a média de idade das doadoras é de 30,2 anos. Talvez estes sejam motivos relevantes ao optarem pela doação, a experiência de vida das doadoras é menor se comparadas às pacientes receptoras.

Medos/receios são pouco mencionados pelas entrevistadas como: encontrar a receptora no ambulatório ou a possibilidade dos filhos se encontrarem e se apaixonarem, porém, problemas específicos como familiar, ético e social não foram mencionados pelas entrevistadas. Medos/receios relatados primeiramente demonstram que algumas entrevistadas conseguem pensar em eventuais problemas ao optarem pela doação, estão mais permissivas, porém, a maioria delas utiliza de defesas maníacas para lidar com esta doação, isto é, estes receios/medos não são levados em consideração quando decidem pela doação de seus óvulos, o benefício velado da doação as excluem de levar em consideração estes medos/receios hora relatados.

Em se tratando da própria atitude de doar óvulos, se consideram amorosas e conscientes e imaginam que o marido acha que doando elas ajudam alguém, são

boas e generosas, pensando o mesmo da opinião da equipe. A maioria das respostas refere-se a qualidades potencialmente positivas, quer face ao processo (corajosa) quer face ao potencial conceito (amorosa). Todavia, inegavelmente algumas dessas características desvelam condições dúbias. Por exemplo: o “ser corajosa” refere à necessidade de mostrar coragem face a uma dada situação que, assim, mostra-se como sendo, também, arriscada ou perigosa.

Em relação à atitude de receber óvulos as pacientes entrevistadas consideram as receptoras corajosas/batalhadoras. No imaginário das entrevistadas é preciso coragem para aceitar ter um filho com óvulo de outra mulher. Ao comentar com a família sobre a Ovodoação a receptora poderá ser discriminada, estigmatizada, tudo se passa como se a paciente doadora não estivesse inserida neste contexto.

Entretanto não doar significaria não ser merecedora dos cuidados da equipe, isto se remete a retaliação. Evidencia-se aqui fantasias persecutórias, ou seja, se eu não doar posso ser prejudicada pela equipe. O que não acontece, pelo menos nesta instância, em casos onde existe a doação compartilhada de óvulos – *egg-sharing*. Rapport (2003) relata em estudo com 11 potenciais doadoras, que estas participam do programa de Ovodoação porque serão beneficiadas com o próprio tratamento, assim receberão algo em troca concretamente.

Algumas entrevistadas relataram que a equipe conta com a sua doação e desta maneira, o programa poderá funcionar. Na verdade a iniciativa da doação tem a aparência de estar partindo destas mulheres, de sua demanda, quando que o movimento desta “transação” é inverso. Pois se o desejo de reparação pode oferecer as receptoras os seus óvulos, só se pode doá-los, que como tal não tem nenhuma realidade subjetiva, transitando por programas de Ovodoação ou RA, só assim a doação pode ter importância.

Contudo, parece que o fato de doar traz benefícios tanto a doadora quanto a equipe. A doadora por sua condição, poderia ser merecedora do resultado positivo de gravidez e da admiração e consideração da equipe.

A imagem destas mulheres que viriam apenas a doar para ajudar alguém/casal se elevaria para mulheres generosas/amorosas. O altruísmo aí se torna um egoísmo indireto onde a relação de doar vem de encontro com a necessidade destas mulheres

receberem algo em troca, com um pensamento mágico e religioso. Parece que o desejo de ter filhos torna-se um desejo irracional neste sentido.

6.Considerações Finais

A proposta deste estudo foi à investigação de vivências auto-referidas por potenciais doadoras e receptoras de óvulos em programa de Ovodoação, considerando a relativa recenticidade do processo e a carência de dados nacionais sistematizados sobre as questões psicológicas.

Através das entrevistas semidirigidas foi possível identificar os principais motivos referidos por mulheres para serem doadoras ou receptoras de óvulos, assim como compreender e comparar as fantasias referidas por essas mulheres em relação a esse processo, oferecendo a equipe subsídios para trabalhar de maneira mais efetiva e integrada.

Evidenciou-se que engravidar faz parte do desejo das mulheres candidatas a recepção de óvulos, assim como a chance de maternidade e constituição de uma família. A Ovodoação também foi utilizada pelas entrevistadas como solução do seu problema, que pode ser apontado como a substituição da sua falta, como se fosse possível colocar no lugar que estava, com a possibilidade de um novo gameta.

È desta maneira que essas mulheres imaginam que poderão resolver o seu problema de infertilidade na medida em que recebe o óvulo doado e gesta, há uma fantasia de que essa gestação seja de um filho genético.

O aparecimento de um novo problema surge com a inserção de uma mulher doadora de óvulos, que é percebida de maneira ambígua: amorosa por poder oferecer ajuda a mulher/casal e mais potente, deixando no eventual concepto a marca da sua impotência eterna.

As pacientes relatam preocupação com a saúde e características físicas das doadoras, medos/receios em relação à saúde do filho e com o bom andamento da gravidez, assim como a preocupação com a manutenção do segredo que poderia colocar em risco a sua relação com o futuro filho concebido. Contudo, todas essas preocupações não apareceram como desvantagem ao se disponibilizarem a participar do programa. Evidencia-se uma cisão ao tentarem tratar a Ovodoação como algo natural e esperado e seus receios, como se tais questões não ocorressem de maneira

integrada e simultânea.

Em relação às doadoras, ajudar foi o motivo mais encontrado para participarem em programas de Ovodoação, porém, verificou-se que isso não se faz por altruísmo, mas como merecimento de certa consideração pela equipe médica e o do resultado positivo de gravidez. Há certa benevolência em se tratando do ato de doar, as pacientes colocam-se no lugar das receptoras, efetivamente, no entanto, a imagem de uma mulher mais potente, inclusive em relação ao companheiro, aparece como uma maneira de negar a própria dor. Acreditam que a paciente receptora é menos capaz e infeliz.

Medos/receios são pouco mencionados como encontrar a receptora no ambulatório ou a possibilidade dos filhos se encontrarem e se apaixonarem, entretanto, defesas maníacas são acionadas e estes receios não as impedem de participar de tais programas.

A fantasia de que serão abençoadas com o sucesso do tratamento aparece como uma troca pelo seu ato, o processo de barganha se entrelaça nesta condição. Imaginam ainda que a sua participação no programa possibilitasse o seu funcionamento, por outro lado, não participar significaria não ser merecedora dos cuidados da equipe, deixando transparecer aqui fantasias persecutórias.

Contudo, evidenciou-se em nosso estudo que tanto receber quanto doar óvulos apresentam características em condições dúbias, mostrando-se de forma arriscada e perigosa.

Os dados obtidos sugerem a existência de um universo multifacetado de fantasias, receios e expectativas que permeiam a vivência de inclusão em programa de Ovodoação, mostrando a importância de que estudos prospectivos sejam realizados em situações de Ovodoação efetiva, sejam elas bem ou mal sucedidas.

Os dados disponíveis apontam que a presença de receios precisa ser considerada pela equipe e trabalhada efetivamente, visando uma abordagem integrativa e com probabilidades de sucesso a curto e médio prazo, considerando, inclusive, a psicoprofilaxia das relações familiares precoces entre os genitores e a criança gerada por Ovodoação.

A presença de expectativas demasiadas e por vezes pouco realistas também mostra a necessidade de trabalho cuidadoso que possibilite para a equipe e os casais

envolvidos lidar com a frustração que geralmente se associa ao insucesso em programas de RA.

Sugere-se ainda, que sejam investigadas as representações sociais dos profissionais da equipe envolvidos no processo, uma vez que suas atitudes e motivações podem influir na decisão do casal e na escolha dos candidatos ao programa.

ANEXOS

ANEXO 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

NOME DO PACIENTE:
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE N.º: SEXO: M() F()
 DATA NASCIMENTO:...../...../.....
 ENDEREÇO: N.º.....APTO:.....
 BAIRRO:CIDADE:.....
 CEP: TELEFONE:
 DDD(.....).....

Fui informada da pesquisa Ovodoação: “Vivências das doadoras e receptoras de óvulos em um hospital universitário” que ressalta a necessidade de conhecer as fantasias, medos e expectativas das participantes no Programa de Ovodoação, com o intuito de subsidiar a equipe e atender, efetivamente a demanda dessa população. Fui informada também que essa pesquisa tem como objetivos: identificar e comparar os principais motivos referidos por mulheres para serem doadoras ou receptoras de óvulos. Declaro ter entendido que se concordar em participar responderei as questões formuladas pela psicóloga Juliana Roberto dos Santos e que esta consultará o meu prontuário médico para confirmação de dados clínicos. Sei que posso desistir a qualquer momento sem que atrapalhe o meu tratamento e que os dados obtidos são sigilosos podendo ser utilizados para pesquisa. No futuro, se desejar, poderei obter os resultados dessa pesquisa através da pesquisadora. Sei também que não serei retribuída pela minha participação e que a minha participação não traz riscos específicos para meu tratamento clínico, razão pela qual não existe a previsão de qualquer tipo de indenização.

Por estar de acordo com os termos a mim apresentados concordo em participar desta pesquisa assinando o presente termo livre e esclarecido.

Contato: Juliana – cel. 94048188

Centro de Reprodução Humana – FMABC – 49935401

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente protocolo de pesquisa.

Santo André, de de 200 .

assinatura do sujeito da pesquisa

assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome legível)

ANEXO 2

Roteiro de Entrevista

Dados de identificação do sujeito da pesquisa

Protocolo -

I. Nome da paciente -

Documento de identidade n.º -

Data nascimento -

Idade -

Endereço -

n.º

apto

Bairro -

Cidade -

CEP -

Telefone -

II. Identificação

Prontuário -

Religião -

Praticante – () Sim () Não

Ocupação -

Escolaridade -

Estado civil -

Gestações -

Filhos -

Tempo união atual -

Tempo de infertilidade –

Tratamento anteriormente - () Sim () Não Qual -

Diagnóstico médico –

1. Como você ficou sabendo do programa de Ovodoação?
2. Quais foram os seus sentimentos (o que pensou/sentiu) face à Ovodoação?
3. E o seu parceiro o que pensou/sentiu?
4. Quais foram os seus medos/receios e expectativas?
5. Quais são as vantagens e desvantagens que você encontrou ao pensar em participar do programa?
6. Você pensou em algum problema específico (social, familiar, ético) ao se decidir pela Ovodoação?
7. Como você classifica/define a atitude da doadora em relação à doação? Escolha um adjetivo (palavra) para descrever isso.
8. Como você classifica/define a atitude da receptora de óvulos? Escolha um adjetivo (palavra) para descrever isso.
9. O que você imagina que as outras pessoas (equipe, parceiro) vão pensar de você, participando deste programa?
10. E se você não participar, o que você imagina que as outras pessoas (equipe, parceiro) vão pensar de você?

ANEXO 3

Exemplos de Categorização das Respostas

Exemplos de categorização do conteúdo das entrevistas receptoras.

Chance de engravidar:

Categoria que descreve a vontade das entrevistadas em relação ao consentirem participar do programa de Ovodoação.

“Fiquei mais feliz, útero legal, como não ‘ta’ formando óvulo a Ovodoação é uma possibilidade de engravidar.” (R 2)

“Médico ajudou, facilitou problema. Quando ele explicou que eu poderia engravidar, amamenta, foi ótimo, única diferença é que o óvulo não é meu. Solução para eu poder engravidar, seria um choque eu não poder.” (R 18)

Resolução do problema

Categoria referente ao pensamento de solução do problema ao pensarem no óvulo doado.

“Fiquei contente achei que aqui eu ia resolver o problema da menopausa precoce”. (R 3)

“Um recurso pra mim, uma coisa normal, espontânea para a pessoa que faz tratamento. Não tenho mais o meu. Óvulo é um óvulo não é uma criança.” (R 10)

Continuidade/permanência:

Esta categoria refere-se à continuidade e permanência da espécie, continuação de si mesmo, continuação do casal, da família.

“Um caminho para não acabar. Acho bonito engravidar, quero ter o filho, não precisa passar pela barriga. É difícil adotar, filas, assistente social... Quero ver até onde vai, se eu parar vou pensar que deveria ter esperado, adoção perderia tempo”. (R 7)

Porque não tem outro jeito:

Categoria que mostra que algumas entrevistadas concordam em participar da Ovodoação porque não tem outro jeito.

“Doação de órgão, pensei, descobri que não podia ter filhos e teria que fazer a Ovodoação. Eu aceito. Não tem outro jeito. (A doadora) doa um filho, uma parte dela, órgão dela que vai doar pra mim.” (R 9)

Chance de ser mãe:

Esta categoria refere que algumas entrevistadas vêem na Ovodoação uma chance de ser mãe.

“Senti que eu tinha possibilidade de ser mãe, a gente ficou feliz. Queria saber como era.” (R 8)

“Nova esperança pra mim, com esse procedimento eu vou conseguir ser mãe de verdade. Natural talvez não aconteça com Ovodoação à chance é maior de eu conseguir.” (R 12)

Chance formar família:

Categoria que leva em consideração a vontade do marido em formar uma família aceitando a participação da esposa no programa de Ovodoação, segundo as receptoras.

“Chance legal de formar uma família através da compreensão de outra pessoa, a doadora.” (R 1)

“Teria a possibilidade de eu ser mãe e construir uma família.” (R 8)

Decisão da mulher:

A categoria acima define que as entrevistadas imaginam que participar do programa de Ovodoação, segundo o seu companheiro, é decisão dela, da sua esposa.

“Acha tranquilo, pensa em mim, diz: como você se sente? Se você quer, eu quero, mas não quero exigir de você e nem correr riscos, gravidez, idade.” (R 14)

Resolução do problema:

Esta categoria refere que as receptoras imaginam que o seu companheiro acredita que a Ovodoação resolveria o seu problema.

“Ele achou que a gente ia conseguir uma solução aqui, até com remédio. Aceitou a Ovodoação desde o início.” (R 4)

“Sentiu também que a solução é a Ovodoação.” (R 18)

Possibilidade da mulher ser mãe:

Categoria que refere que o companheiro, segundo a entrevistada, acredita que com a Ovodoação há possibilidade da mulher ser mãe.

“Ele já tem um filho, ele pensa que se eu conseguir eu posso realizar o meu sonho, ter um filho, tomará que não seja com 50 ‘né’?” (R 20)

Possibilidade do homem ser pai:

Esta categoria demonstra que a entrevistada imagina que o seu companheiro acredita que a Ovodoação seria a possibilidade de ser pai.

“Vi um brilho no olho dele, aceitou bem, ficou entusiasmado, acho que ‘ta’ querendo ter filho mesmo”. (R 19)

Não tem outro jeito:

Categoria referente à Ovodoação como único caminho, segundo relato das entrevistadas.

“Falou tudo bem, se não tem outro jeito.” (R 15)

Medos/receios em relação à doadora:

Categoria que descreve os medos/receios que as entrevistadas relatam em relação às doadoras.

“Sim, tem que saber de quem ‘ta’ vindo, (se a) pessoa é saudável, sem doenças, com as mesmas características.” (R 15)

Medos/receios em relação à gravidez:

Categoria que refere medos/receios em relação à gravidez por se tratar de uma futura gravidez com óvulo doado.

“Gravidez normal, (se vai) correr tudo bem até o parto, risco de perder a criança.” (R 4)

Não ter doadora:

Categoria associada aos medos/receios de não aparecer uma doadora por imaginarem que há muitos casais esperando.

“Medo de não ter doadora, são muitos casais esperando. Acho que eu não seria uma doadora, um pedacinho de mim no meio do mundo. Ficaria com um sentimento de abandono, abandono do filho. Ela doaria pedacinho dela. Tem que ser corajosa para doar, espero que ela nem fique pensando muito.” (R 12)

Medos/receios em relação à criança:

Nesta categoria as receptoras referem medos/receios de que a criança nascida com óvulo doado tenha algum problema de malformação, por exemplo.

“Pensei se a criança nascerá perfeita, se ela poderá nascer com defeito, se eu pegar o óvulo de uma pessoa doente, mas você me explicou que a doadora também faz exames, agora não tenho medo.” (R 20)

Contar para pessoas sobre Ovodoação:

A categoria acima refere os medos/receios que as entrevistadas têm pensando em contar para as pessoas sobre a sua gestação ou filho, fruto de um óvulo doado.

“A princípio não pensei, mas falava: acho que não quero! mas diante das expectativas não vejo problema em ter. Não serei a mãe biológica, mas todos os contatos serão meus, placenta... se eu contar... não vou ter receio de contar, não vou (contar) pra todos, isso é particular. Mesmo outras expectativas... ninguém ficou sabendo.” (R 14)

Formar família:

Categoria utilizada para descrever desejo de formar família.

“Uma maneira de realizar o sonho de formar uma família.” (R 1)

Chance ser mãe:

Categoria que expressa que a Ovodoação seria a chance de algumas mulheres serem mães.

“Muitas mulheres que não podem ser mãe conseguem construir uma família com

este tratamento, com filhos pra não ficar só nós dois.” (R 8)

Engravidar:

Categoria que expressa que a Ovodoação seria a chance de algumas mulheres engravidarem.

“Eu poder ficar grávida.” (R 3)

Não precisar tomar remédio (financeiro/efeito corpo):

Categoria referente à fala da entrevistada sobre a vantagem de não tomar remédios na Ovodoação.

“Pensei em mim, outro recurso fora o meu, tomar remédio sairia caro.” (R 10)

Outros:

Categoria utilizada para referir demais respostas.

“Um casal querendo fazer outro feliz”. (R 11)

Chance de aparecer doadora por se tratar de um serviço universitário:

Esta categoria refere-se a respostas dadas em relação ao serviço universitário.

“Vejo vantagem porque aqui é uma faculdade tem muita gente que faz tratamento, mais fácil ter mulher, tem mais gente para doar.” (R 20)

Nenhuma:

Categoria referente a nenhuma desvantagem encontrada ao participar do programa.

“Não tem”. (R 12)

“Nenhuma desvantagem, é uma ajuda, outra opção”. (R 10)

Única solução:

Categoria referente às falas das pacientes que lidam com o programa como única solução para a questão infertilidade.

“Até chegar neste programa fiquei triste não tinha outro jeito, se der certo, só tenho essa solução, pior é isso, chegar a esse ponto, não gostaria de ter só essa opção, se eu não tivesse nenhuma ia ser mais complicado.” (R 9)

Demora para encontrar doadora:

Esta categoria refere à desvantagem descrita pelas entrevistadas em relação ao programa.

“Demora da doadora às vezes não é vantagem pra ela, enche o saco”. (R 19)

Não conseguir e ter que adotar:

Categoria referente à desvantagem relatada pelas receptoras de não conseguir engravidar através da Ovodoação e partir para adoção.

“Não conseguir e ter que pegar um bebê.” (R 13)

Social:

Categoria apresentada para descrever algum problema social encontrado pela entrevistada.

“Nenhum. Preconceito, pessoas que podem pensar (que) o filho não é meu, muita gente pode ir atrás para saber, falta de informação sobre a doadora, nenhum.” (R 12)

Familiar:

Categoria apresentada para descrever se entrevistadas pensaram em algum problema familiar ao decidirem participar do programa.

“Pensei que a família poderia olhar com outros olhos para o meu filho.” (R 1)

“Não vou falar com a família e nem terei problema com mais nada.” (R 7)

Ético:

Categoria apresentada para descrever se entrevistadas pensaram em algum problema ético ao decidirem participar do programa.

“Criança nascer e precisar de alguma coisa, e se (ela) tiver uma doença - doação tem que ser a mãe ou o pai, não tem problema porque se eu não poder doar o meu marido pode.” (R 15)

Nenhum:

Categoria apresentada para descrever que as entrevistadas não pensaram em algum problema específico ao decidirem participar do programa.

“Não pensei em nada, vou contar pra criança da Ovodoação daqui 5 anos, mais fácil, negócio mais evoluído.” (R 20)

Corajosa:

Categoria referente às respostas das receptoras, à condição da doadora, em se tratando da participação no programa.

“Corajosa. Porque é uma pessoa equilibrada que pensa nos casais que precisam.” (R 1)

Doadora:

Categoria referente às respostas das receptoras, à condição da doadora, em se tratando da participação no programa.

“Doadora. Pessoa muito boa, pensa que não deve vender, deve doar. Não é certo vender.” (R 6)

Humana:

Categoria referente às respostas das receptoras, à condição da doadora, em se tratando da participação no programa de Ovodoação.

“Muito mais mérito para aquela que doa, humana, preocupada com o próximo.” (R 3)

Caridosa:

Categoria referente às respostas das receptoras, à condição da doadora, em se tratando da participação no programa de Ovodoação.

“Caridosa, se fosse no meu caso não sei se teria coragem e paciência de passar com o médico, sem motivo para doar, a não ser se eu fizesse uma promessa.” (R 19)

Boa:

Categoria referente às respostas das receptoras, à condição da doadora, em se

tratando da participação no programa de Ovodoação.

“Boa, que ajuda outra pessoa.” (R 15)

“Pessoa boa, pensa nos outros.” (R 16)

Outros:

Categoria dada a outros adjetivos menos citados, pelas receptoras, a condição da doadora

“Eterna. Pedaco dela ‘pra’ mim, graças a ela que o pedacinho – bebê – veio pra mim.” (R 17)

Esperançosa:

Categoria referente à condição de receptora em se tratando da decisão pela participação no programa de Ovodoação.

“Esperançosa. Nova porta para casais terem filhos.” (R 4)

Realizada:

Categoria referente à condição de receptora em se tratando da decisão pela participação no programa de Ovodoação.

“Realizada. Não há preconceito tudo normal.” (R 17)

Corajosa:

Categoria referente à condição de receptora em se tratando da decisão pela participação no programa de Ovodoação.

“Corajosa, não tenho medo ou preconceito, não vou querer ficar pensando, algumas mulheres não fazem porque só tem a parte do marido.” (R 12)

“Vou ser capaz de ser mãe, aceitar isso com amor e carinho, se der certo vou ser feliz. Corajosa.” (R 9)

Feliz:

Categoria referente à condição de receptora em se tratando da decisão pela participação no programa de Ovodoação.

“Feliz. Possibilidade de ser mãe.” (R 8)

“Eu aceitaria o óvulo, felicidade.” (R 11)

Amorosa:

Categoria referente à condição de receptora em se tratando da decisão pela participação no programa de Ovodoação.

“Amorosa, amor de ser mãe, o importante é o amor, é a mesma coisa, só muda o sangue e as características físicas.” (R 16)

Outros:

Categoria dada a outras definições menos citadas para a sua condição de receptora.

“Confortável. Não preciso passar por isso que ela vai passar, tomar medicação, ultrassom, anestesia.” (R 1)

Paciente deve aceitar:

Categoria na qual se encontram os relatos das entrevistadas que acreditam que devem aceitar participar do programa de Ovodoação.

“Que sou uma pessoa decidida e preparada para essa evolução da medicina.” (R 1)

Consequência tratamento:

Categoria que descreve que as entrevistadas referem que o programa de Ovodoação faz parte do tratamento de infertilidade.

“Pessoas acham normal, equipe acha o mais saudável, viável, consequência do tratamento, faz parte, é a continuação do tratamento, não vejo que estão fazendo as coisas de qualquer jeito.” (R 16)

Vontade ter filho:

Categoria na qual se encontra os discursos manifestos em relação a optar pelo programa como vontade de ter filhos.

“Ela é tão nova com esse problema de não poder ter filho, vontade de ter um filho e realizar um sonho.” (R 15)

Resolver problema:

Categoria utilizada pela opção da Ovodoação para resolução do problema infertilidade.

“Que a gente veio aqui pra conseguir resolver um problema, para os casais que querem ter filhos.” (R 4)

Paciente deve aceitar:

Categoria na qual se encontram os relatos das entrevistadas que acreditam que devem aceitar participar do programa de Ovodoação.

“A equipe é um caminho, acharia bom eu tentar a FIV e não conseguindo indicaram a Ovodoação.” (R 2)

Vontade de ter filho/ser mãe:

Categoria na qual se encontra os discursos manifestos em relação a optar pelo programa como vontade de ter filhos/ser mãe.

“A equipe me incentivou a continuar, (foram) coisas que eu falei, muito sofrimento, anestesia. Pensam que eu tenho vontade de ter um filho.” (R 3)

Corajosa:

Categoria que descreve a atitude de escolher a Ovodoação como uma atitude de coragem.

“Corajosa muita gente abandona a luta pela metade.” (R 5)

Opção:

Categoria que descreve ser uma opção da entrevistada a participação no programa de Ovodoação.

“Equipe ajuda quem recebe e quem doa livre arbítrio.” (R 17)

Equipe se beneficia:

Esta categoria refere que a paciente participando do programa a equipe se beneficiaria.

“Pra’ vocês é muito importante, maneira de vocês pesquisarem como vai ser

pessoa que nunca teve filhos.” (R 19)

Paciente deve aceitar:

Categoria na qual se encontram os relatos das entrevistadas que acreditam que devem aceitar participar do programa de Ovodoação.

“Ele achou que eu ia aceitar e tentar qualquer chance eu correria atrás.” (R 13)

Não se manifesta:

Categoria utilizada para descrever que marido não dá opinião em relação à escolha da mulher de participar do programa.

“O meu marido converso pouco sobre o assunto, nunca cobrou filho.” (R 3)

Persistente:

Categoria que descreve a entrevistada como persistente por aceitar participar do programa de Ovodoação.

“O meu marido me acha persistente.” (R 5)

Vontade de ter filho /ser mãe:

Categoria na qual se encontra os discursos manifestos em relação a optar pelo programa como vontade de ter filhos/ser mãe.

“É um sonho meu que eu quero fazer e que estou realizando esse sonho.” (R 20)

Não tem tanta vontade de engravidar/ser mãe:

Categoria utilizada para identificar que não participando do programa as entrevistadas não teriam vontade de engravidar/ser mãe.

“Que eu não teria tanta vontade de gerar um filho, não teria vontade de gravidez, que estaria desperdiçando uma possibilidade...” (R 3)

Opção:

Esta categoria foi utilizada para descrever que não participar do programa é uma opção da mulher.

“A decisão é minha, tenho direito de decidir sobre o meu próprio corpo.” (R 2)

Covarde/egoísta:

Categoria utilizada para descrever que as entrevistadas que não participassem do programa seriam covardes/egoístas.

“Covarde, eu tive esse sentimento de covardia, orgulhosa seria pequena aos olhos de Deus, não ‘ta’ no meu direito, não sou eu que fecho a porta.” (R 5)

Não está preparada:

Categoria que identifica que pacientes não optando pelo programa não estariam preparadas para o mesmo.

“Acho que me encaminhariam para a terapia até não ter mais dúvidas sobre a Ovodoação.” (R 1)

Não compreensão do tratamento:

Categoria que refere a não compreensão do tratamento por parte das entrevistadas caso não aceitassem ser candidata do programa.

“Que eu não entendi o método, sou fácil de entender quando alguém me explica.” (R 16)

Opção:

Categoria que refere opção da paciente não se candidatar ao programa.

“Livre arbítrio.” (R 17)

Não tem dinheiro:

Esta categoria mostra que paciente imagina que equipe pensaria que ela não tem dinheiro para participar do programa.

“Vocês iam pensar que a gente não ‘ta’ aceitando porque a gente não tem dinheiro.” (R 6)

Não está preparada para ser mãe:

Categoria que descreve que não aceitando candidatar se ao programa é igual a não estar preparada para ser mãe.

“Que eu não estava pronta, preparada para ser mãe.” (R 13)

Não quer filho de outra pessoa:

Categoria utilizada para descrever que não aceitando participar do programa significa não querer ter filho de outra pessoa.

“Mulheres não aceitam porque não querem filhos de outra pessoa.” (R 15)

Entenderia:

Categoria que descreve a possível não participação no programa como compreendida pelo companheiro.

“Acho que o meu marido ia entender.” (R 7)

Desistindo fácil:

Categoria que refere que o companheiro acredita que sua mulher desistiria fácil caso não participasse do programa de Ovodoação.

“O meu marido pensaria que eu estou desistindo fácil.” (R 3)

Ficaria chateado:

Esta categoria refere que o companheiro ficaria chateado caso paciente decidisse não se candidatar ao programa.

“Ele também não entende muito ia ficar triste, não ia entender o porquê, ia ficar triste, entende que é a idade, é doido pra ser pai.” (R 9)

Não se manifestaria:

Categoria que refere que decidindo não participar do programa o companheiro não se manifestaria.

“Meu marido não falaria nada.” (R 14)

Não compreensão do tratamento:

Categoria utilizada para relatar a não participação no programa como a não compreensão do tratamento.

“Meu marido me explicaria com certeza.” (R 16)

Ficaria sem filho:

Categoria que refere a não participação da mulher no programa igual a ficar sem filho.

“Que eu ficaria sem filho até o final da vida.” (R 20)

Exemplos de categorização do conteúdo das entrevistas doadoras.

Ajudar engravidar/outras casais

Categoria utilizada para relatar intenção da doadora aceitando doar seus óvulos.

“Que tem uma pessoa esperando para engravidar e eu posso ajudar.” (D 3)

“Ajudar outra pessoa que tenha vontade de engravidar.” (D 7)

Feliz

Categoria que descreve sentimento relatado pela doadora decidindo participar do programa.

“Me senti feliz, é uma coisa que eu queria, meu marido incentivou a fazer isso, a gente pensou em doar, doar para alguém. (D 2)

Egoísmo não doar

Categoria que relata a não participação no programa como egoísmo.

“Passando por tudo isso, mas temos óvulos e espermatozoides, egoísmo, pessoa depende de outra para doar.

Posso precisar

Categoria que descreve que paciente doa por pensar em uma possível necessidade.

“Fiquei imaginando eu precisando e não tendo, posso precisar um dia.” (D 8)

Aceitaria gameta doado

Descreve paciente se colocando no lugar da receptora.

“Ele dizia que aceitava sêmen de doador porque ele quer ter filhos.” (D 2)

Solução para receptora

Categoria que descreve a Ovodoação como solução para a paciente receptora.

“Ajuda uma pessoa que não pode engravidar e quer muito e a Ovodoação única maneira dela conseguir isso.” (D 3)

Consentiu

Utilizada para descrever a aceitação da participação no programa.

“Simples, quando a doutora falou já ficou resolvido...” (D 4)

Mulher que decide

Categoria utilizada para descrever que a entrevistada decidiu sozinha pela doação.

“Indiferente na hora que o médico falou, (ele) falou você que decide.” (D 10)

Ajudar

Categoria que descreve sentimento da doadora em relação à doação de óvulos.

“Sentimento de ajudar alguém, vim parar aqui, alguém precisando.” (D 3)

Consciência tranqüila

Categoria que relata a decisão de doar como consciência tranqüila.

“Consciência tranqüila, fiz alguma coisa que considero correto.” (D 4)

Tomar medicação de novo

Categoria que relata uma possível desvantagem em doar óvulos.

“Tomar medicação de novo – efeitos da medicação, mas quero doar.” (D 10)

Amorosa

Categoria que relata atitude da doadora como uma atitude amorosa.

“Amorosa. Ato de amor, se eu não doar a receptora talvez nunca possa engravidar, construir família”. (D3)

Corajosa

Categoria que relata a opção pela doação como corajosa.

“Corajosa”. (D 2)

Grata

Categoria que relata o adjetivo dado para a receptora pela doadora.

“Grata, como uma doação de sangue” (R22)

Infeliz

Categoria que coloca a receptora como infeliz por precisar de óvulo doado.

“Infeliz. Menos mulher que eu, não produz óvulos... é muito difícil encontrar alguém com a sua fisionomia”. (D18)

Determinada

Categoria que relata a participação no programa como determinada.

“Determinada porque se não for não vai aceitar.” (D 4)

Consciente

Categoria que relata a participação no programa como consciente.

“Consciente, normal, básico, normal sinceramente, acho que tem que pensar discutir, mas normal.” (D 4)

Solidária

Categoria que relata a participação no programa como solidária.

“Solidária, uma coisa que tenho bastante e posso doar para quem precisa”. (D16)

Corajosa

Categoria que relata a participação no programa como corajosa.

“Corajosa. Muitos não têm coragem, um pedacinho delas para outra pessoa? (ouvi falar) para eu ter um filho faço qualquer coisa”. (D21)

Ajudar

Esta categoria refere o que a entrevistada imagina que o seu marido pensa dela por doar seus óvulos.

“Marido gostou porque vou ajudar alguém.” (D 2)

Programa funcionar

Esta categoria refere o que a entrevistada imagina que a equipe pensa dela por doar seus óvulos.

“Acho que ‘pra’ vocês é um procedimento normal, talvez fiquem contentes, sensação boa, pra que o programa dê certo precisa de doadoras.” (D 4)

Guerreira

Esta categoria refere o adjetivo atribuído a elas pela sua atitude de participar do programa.

“Acha que sou uma guerreira, não é fácil o tratamento.” (D 6)

Boa/generosa

Esta categoria refere que equipe/marido pensariam que são boas/generosas.

“Pensam que sou uma pessoa boa, estou tentando ajudar outra pessoa.” (D 5)

Altruísta

Esta categoria refere que doadoras pensam que marido/equipe as consideram altruístas.

“Pensam que é correto doar, ajudar o próximo” (D20)

Opção

Esta categoria refere que não aceitando participar do programa o marido entenderia como uma opção.

“Direito meu de não aceitar.” (D 3)

Egoísta

Categoria que descreve que não optando pelo programa as entrevistadas seriam consideradas egoístas.

“Que eu sou egoísta, jogar fora.” (D 6)

Questionaria

Categoria que descreve que a paciente imagina que o marido perguntaria o porquê da sua não opção.

“Capaz de questionar, é bonzinho, gosta de ajudar todo mundo...” (D 8)

Surpreso

Categoria que descreve que a entrevistada imagina que o seu marido ficaria surpreso com a sua não participação.

“Ficaria surpreso, mas também teria que aceitar.” (D 3)

Falta informação

Categoria que descreve que a entrevistada imagina que se não participasse faltaria informação.

“Falta de informação”. (D18)

Anexo 4

Glossário

Azoospermia

Ausência de espermatozóides no líquido ejaculado após centrifugação.

Baixa resposta a ciclos anteriores

Quando a pacientes não responde bem a medicação, isto é, não produz folículos em números adequados em relação ao estímulo.

Climatério

Período que abrange toda a fase em que os hormônios produzidos pelos ovários (estrogênio e progesterona) vão progressivamente deixando de ser fabricados, incluindo-se, portanto, a transição entre as fases reprodutiva e não-reprodutiva da vida da mulher.

Embrião

É o produto da concepção. Chama-se embrião até aproximadamente o final do segundo mês (12º semana).

Embriologista

Profissional especialista em laboratório de Reprodução Assistida.

Endometriose

A presença de focos de tecido endometrial (o revestimento do útero) fora do útero e em localizações normais tais como: ovários, trompas de falópio e cavidade abdominal. A endometriose pode causar dor, aderências e infertilidade,

ESCA

Sigla de esterilidade sem causa aparente.

Esterileuta

Médico especialista em infertilidade humana.

Falhas repetidas de FIV

Tentativas de FIV sem gravidez.

Falha de fertilização

Quando o óvulo e espermatozóide não se transformam em embrião.

Folículo

Estrutura cística que contém líquido rico em proteínas, hormônios e abriga o óvulo situado na superfície ovariana.

Indução da ovulação

Quando o médico receita uma medicação para fazer a mulher ovular de mais de um óvulo e fora do processo natural.

Hiperestimulação ovariana

Indução medicamentosa, utilizada nas técnicas de reprodução assistida, para obter a maturação de mais de um óvulo em um determinado ciclo menstrual.

Má respondedora

Pacientes que não responde bem a indução d ovulação, ou seja, na indução responde menos que o esperado ou nada.

Menopausa precoce ou insuficiência ovariana prematura

Insuficiência da função ovariana que ocorre antes dos 40 anos.

MESA

Técnica de obtenção de espermatozóides no epidídimo de homens azoospermicos, em geral por causa obstrutiva, através de aspiração microcirúrgica do epidídimo exposto por incisão escrotal.

Muco hostil

Presença de acidez no muco que fica localizado na entrada da vagina.

Oligozoospermia

Número de espermatozóides no ejaculado abaixo de 20 milhões/ml.

Punção de óvulos

Retirada dos óvulos, isso se faz por meio cirúrgico anestesia.

Teratazoospermia

Presença de percentuais espermatozóides morfolologicamente normais, abaixo de 14 (Kruger) ou 30% (OMS).

Trompa obstruída

Quando há uma obstrução na trompa que impede a passagem do óvulo para encontrar o espermatozóide.

Varicocele

Varizes no saco escrotal ou no pênis que pode causar baixa concentração de espermatozóides.

Referências Bibliográficas

American Society for Reproduction Medicine. Guidelines for oocyte donation. *Fertil Steril*; 2007: v.87, n 4 (Supl. 1).

Anderheim L, Holter H, Bergh C, Möller A. Does psychological stress affect the outcome of in vitro fertilization? *Hum Reprod*; 2005: v 20, n 10p. 2969-75.

Arruda, APB. As implicações da parentalidade. In: Silva, MCP, editores. *Ser pai, ser mãe, Parentalidade: um desafio para o novo milênio*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004: p. 47-51.

Avelar CM, Lam DE, Marinho RM, Caetano JPJ. Infertilidade e emoção. *Reprodução e Climatério*; 2000: v 15, n 4, p. 77-80.

Braverman A, Corson S. A comparison of oocyte donors and gestational carriers/surrogates attitudes towards third party reproduction. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*; 2002: v9, n 10, p. 19 462-469.

Burry M. Chronic illness as a biographic disruption. *Social health Illness*; 2000; p. 167-82.

Cavalcante E, Juliano Y, Pereira DM, Catafesta D, Shimabukuro L, Cury MCFS, Cavagna M. Resultados das técnicas de reprodução assistida em mulheres doadoras de oócitos no ciclo de tratamento. *Rev. Brás. Ginecol. Obstet*. Rio de Janeiro; 2005: v.7 n 11.

Ceccarelli PR. Novas configurações familiares: mitos e verdades. *Jornal de Psicanálise*. Instituto de Psicanálise – SBPSP; 2007: v. 40 – Jun – n 72, p. 89-101.

Centa ML. *Do Natural ao Artificial: a Trajetória de um Casal Infértil*. Curitiba: Ed. do Autor; 2001.

Corrêa MV. Novas tecnologias reprodutivas: doação de óvulos. O que pode ser novo nesse campo? *Caderno de Saúde Pública*; 2000; v 16, n 3, p. 863-870.

Corrêa MV. *Novas tecnologias reprodutivas: limites da biologia ou biologia sem limites?* Rio de Janeiro: UERJ; 2001.

Dominguez R. Psicologia e infertilidad, *Revista Médica*; 2002; v.13.

Farinati DM, Rigoni MS, Muller MC. Infertilidade: um novo campo da Psicologia da saúde. *Estudos de Psicologia I*. Campinas; 2006, v 23, n 4, p. 433-439.

Fielding D, Handley S, Duqueno L, Weaver S, Lui S. Motivations, attitudes and experience of donation: a follow-up of women donating eggs in assisted conception treatment. *Journal of Community & Applied Social Psychology*; 1998: p. 273-287.

Freud A. *O ego e os mecanismos de defesa*. Tradução de Francisco Settineri. Porto Alegre: Artmed; 2006.

Frydman R. *L'irresistible decir de naissance*. Paris: PUF; 1986.

Gasparini EVR. *Experiências com casais inférteis: um estudo psicanalítico* [tese]. Campinas: Departamento de Pós-Graduação em Psicologia da PUCCAMP; 2006.

Harkness C. *The Infertility Book: A Comprehensive Medical and Emotional Guide*. San Francisco: Volcano Press; 1987.

Kalfoglou A.L & Gittelsohn J. A qualitative follow-up study of women's experiences with oocyte donation. *Hum Reprod*; 2000: p. 798-805.

Klein M. Os efeitos das primeiras situações da angústia sobre o desenvolvimento sexual da menina. In: *A psicanálise de crianças. As obras completas de Melaine Klein*. Rio de Janeiro. Imago; 1997: v 2, p. 213-258.

Klein M. Amor, culpa e reparação e outros trabalhos de 1921-1945. In: *Amor, culpa e reparação. As obras completas de Melaine Klein*. Rio de Janeiro. Imago; 1996: v 1, p.346-384 (original de 1937).

Langer M. Gravidez e parto. In: *Maternidade e Sexo*. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.

Lessor R, Cervantes N, O'Connor BA, Balmaceda J, Asch P. An analysis of social and psychological characteristics of women volunteering to become oocyte donors. *Fertil Steril*; 1993: v59, n1, p.65-71.

Lindheim SR, Sauer MV. Expectations of receipient couples awaiting anonymous oocyte donnor match. *J Assist Reprod Genest*; 2001: p. 444-6.

Luna N. Maternidade desnaturada: uma análise da barriga de aluguel e da doação de óvulos. *Cad. Pagu*; 2002: n 19.

Lutjen P, Trouson A, Leeton J, Findlay J, Wood C, Renous P. The establishment and maintenance of pregnancy using in vitro fertilization and embryo donation in a patient with primary ovarian failure. *Nature*; 1984: p. 104-5.

Mansur LHB. *Sem filhos: a mulher singular no plural*. São Paulo. Casa do Psicólogo; 2003.

Makuch MY. Gênero e Reprodução Assistida: Novas fases e velhas questões. In: *Psicologia em Reprodução Humana Assistida: Experiências Brasileiras*. Melamed RM, Quayle J, editores. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo; 2006.

Menning BE. *Infertility: a Guide for Childless Couples*. 2nd New York: Prentice Hall Press. 1988.

Miranda MR. Sob a ótica de Melaine Klein: o desejo de ter filhos. *Psicanális. Univ.*, São Paulo; 2004. n 21, p. 45-52.

Moreira SDNT, Maia EMC, Tomaz G. Aspectos psicológicos no tratamento da infertilidade. *Reprod Climat*; 2002, v 17, n.2, p. 77-80.

Morris MG. Psychoanalytic and Literary perspectives on procreation conflicts in Women. *Psychoanalytic Review*; 1997: v 84, n1, p. 109-128.

Ocampo MLS. DE, Arseno MEG. A entrevista Inicial. In: *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. Ocampo MLS. DE et al, editores. Tradução de Felzenszwalb 9e. São Paulo: Martins Fontes; 1999.

Oliveira RD. *Elogio da diferença: o feminino emergente*. São Paulo: Brasiliense; 1991.

Oliveira, SM. *Enfermagem Obstétrica e Ginecológica: Guia para a Prática Assistencial*. São Paulo: Roca; 2002.

Palácio E. e Jadresi E. Aspectos emocionales en la infertilidad: una revisión de la literatura reciente, *Rev Chilena Neuro-psiquiat.*; 2000: v.38, n. 2, p.94-103.

Paludo AC. Bioética e Direito: procriação artificial, dilemas ético-jurídicos. *Jus Navigandi*; Teresina, ano 6, n. 52, nov. 2001. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=2333>>.

Perks N, Winston R. An analysis of the attitudes of oocyte donors. *Human Reproduction*; 1991: 6, Supp, p. 111-116.

Pines D. Emotional aspects of infertility and its remedies. *International Journal of Psychoanalysis*; 1990 v. 71, p. 561-568.

Rapport F. Exploring the beliefs and experiences of potential egg share donors. Research and Development Support Unit, Swansea Clinical School, University of Wales Swansea, UK. *Journal of Advanced Nursing*; 2003, v 43, n 1, p. 28-42.

Reame N. Making babies in the 21st century: new strategies, old dilemmas. *Women's Health Issues*; 2000: v 10, n 3, p. 152-159.

Remohi J. Doação de Óvulos. In: *Reprodução Humana Assistida*. Scheffer BB, Remohi J, Garcia-Velasco J, Pellicer A, Simon C, editores. Atheneu: 2003.

Ribeiro M. *Infertilidade e Reprodução Assistida: desejando filhos na família contemporânea*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.

Rowe PJ, Comhaire FH, Hargreave TB, Mellows HJ. *Manual da OMS sobre Padronização de Exame e Diagnóstico da Infertilidade em Casais*. São Paulo: Santos; 1998.

Sauer M e Paulson RJ. Oocyte donors: a demographic analysis of women at the University of Southern California. *Human Reproduction*; 1992: v7, n5, p. 726-728.

Scheiffer BB, Remohi J, Garcia-Velasco J, Pellicer A, Simon C. *Reprodução Humana Assistida*. São Paulo: Atheneu; 2003

Seibel D. Pensando a Ovodoação – Dilemas e Desafios. In: *Psicologia em Reprodução Humana Assistida: Experiências Brasileiras*. Melamed RM & Quayle J, editores. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo; 2006.

Seibel D. Infertilidade e desejo de filho. Onde passa essa dor? In: *ide/Sociedade Brasileira de psicanálise de São Paulo*; 2006. v 29, n 43.

Sigal AM. A psicanálise e o feminino e a sua relação com as novas técnicas de fertilização assistida. *Estados Gerais de Psicanálise: Segundo Encontro Mundial*. Rio de Janeiro; 2003.

Soderstrom-Antila V. Pregnancy and child outcome after oocyte donation. *Hum Reprod Update*; 2001: p. 28-32.

Steptoe PC, Edwards RG, Purdy JM. Clinical aspects of pregnancies established with cleaving embryos grown in vitro. *Br J Obstet Gynecology*; 1980: 757-768.

Schover LR, Reis J, Collins RL, Blankstein J, Kanoti G, Quigley MM. The psychological evaluation of oocyte donors. *J. Psychosom; Obstet. Gynecology*; 1990: v11, p. 299-309.

Straube KM. *Da família pensada a família vivida: estigma, infertilidade e as tecnologias conceptivas*. [Mestrado]. Universidade Federal do Paraná. Departamento de Ciências Sociais. Curitiba: UFPR; 2007.

Tamanini M. Do sexo cronometrado ao casal infértil. In: *Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: Questões e desafios*. Grossi M, Porto R, Tamanini M, editores. Brasília: Letras Livres; 2003.

Tarabusi M, Volpe A, Facchinetti F. Psychological group support attenuates distress of waiting in couples scheduled for assisted reproduction. *J Psychosom Obstet Gynaecol*; 2004: v 25 n 4, p. 273-9.

Te Velde E, Van Baat AL, Van Kooji RJ. Concerns about assisted reproduction. *Lancet*; 1998: p. 1524-1525.

Trindade ZA e Enumo SRF. Triste e incompleta: uma visão feminina da mulher infértil. *Psicol. USP*: São Paulo; 2003: v. 13, n.2.

Trouson A, Leeton J, Besako M, Wood C, Conti M. Pregnancy established in a infertile patient after transfer of a donated embryo fertilized in vitro. *Br Med J*; 1983: p. 286: 835-8.

Urrutia DN, Genghini MHRR, Makuch MY. Vivência de mulheres com diagnóstico de infertilidade primária: significado para o atendimento ambulatorial. *Reprodução & Climatério*, 2002: v 17, n2, p. 118-121.

Weil E, Cornet D, Sibony C, Mandelbaum J, Salat-Baroux J. Psychological aspects in anonymous and non-anonymous oocyte donation. *Human Reproduction*; 1994: v.9 n 7, p. 1344-1347.

Whiteford L, Gonzalez L. Stigma: the hidden burden of infertility. *Social Science and Medicine*; 1995: v. 40, n1, p. 27-36.

Wischmann T. Psychosocial aspects of fertility disorders. *Urologe A*; 2005: v. 44, n 2, p. 185-94.