

Dadoras de ovócitos: Quem são?

ANA OLIVEIRA PEREIRA (*)

ISABEL PEREIRA LEAL (**)

1. O QUE É A DOAÇÃO DE OVÓCITOS

A doação de ovócitos como técnica de Reprodução Medicamente Assistida (R.M.A.), teve o seu início em 1983 e a sua utilização rapidamente se generalizou a todo o mundo, dado permitir ultrapassar com sucesso, muitas das situações de infertilidade de factor feminino.

Inicialmente o processo destinava-se a mulheres com falência ovárica antes dos 40 anos, situação que ocorre em 1 a 5% das mulheres. Atendendo às elevadas taxas de sucesso, esta indicação foi alargada a outros grupos: mulheres com ausência congénita de ovários (1:10,000); mulheres sujeitas a ablação dos ovários; mulheres com risco de transmissão de doenças genéticas, e nos últimos anos, em mulheres com idade reprodutiva avançada, com uma reserva ovárica reduzida ou já na menopausa (ASRM, 2002).

O número de mulheres dispostas a doar ovócitos é sempre insuficiente face ao número de casais a necessitar deles. Para lá de outros factores, como as atitudes pessoais ou o desconhecimento desta necessidade social, uma das principais razões é que, embora as técnicas para a recolha dos ovócitos tenham sofrido evolução, es-

te método ainda implica um assinalável desconforto físico para a dadora.

A doação de ovócitos é providenciada de diferentes formas. Um dos primeiros processos referenciados é o *egg-sharing*, no qual mulheres em tratamentos de infertilidade partilham os seus ovócitos com outras na mesma situação, a troco de um menor custo nos seus próprios tratamentos. Outra fonte é as dadoras recrutadas pelos casais dentro do seu círculo de família ou amigos. Neste processo, vulgarmente denominado “*anónimo personalizado*” (Raoul-Duval, Letur-Konirsch, & Frydman, 1992), ocorre uma troca de dadoras, ou seja, o casal referencia alguém cujos ovócitos são doados anonimamente a outro casal, recebendo em troca ovócitos de uma dadora que desconhece (Frydman *et al.*, 1990).

Uma situação menos comum é a doação directa de ovócitos de uma mulher conhecida, naquilo que é comumente referido como *doação conhecida*. Este processo é usualmente muito valorizado pelos casais, mas levanta contudo algumas objecções, invocando-se possíveis consequências para o futuro relacionamento familiar nesta forma de doação.

Inicialmente o procedimento de recolha de ovócitos era realizado por laparoscopia¹, e por isso, a

(*) AVA Clinic, Lisboa.

(**) Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

¹ Laparoscopia é uma técnica que consiste em fazer um orifício no corpo, através do qual se introduz o equipamento cirúrgico.

doação era principalmente realizada por utentes em tratamentos FIV; dadoras conhecidas que estavam dispostas a enfrentar os riscos da cirurgia, ou, em menor número, por mulheres em tratamento cirúrgico, nomeadamente laqueação tubária. Com a generalização da colheita de ovócitos através de sonda vaginal dirigida por ecografia, reduziu-se o risco médico associado ao processo, e eliminou-se a necessidade de internamento, podendo a técnica ser feita só com sedação (Brindsen, 1999). Por esse facto, presentemente a principal fonte de gâmetas femininos é constituída por mulheres presumivelmente férteis, que de forma anónima se dispõem a entrar neste processo.

O procedimento médico para doação corresponde ao protocolo habitual de uma FIV. O tratamento da dadora dura cerca de 4-5 semanas (embora a fase mais activa dure aproximadamente 12 dias), iniciando-se no final do ciclo menstrual anterior ao da doação. Numa primeira fase é administrada uma injeção subcutânea que inibe a produção hormonal e impede que haja uma ovulação. Após a menstruação é efectuada uma ecografia vaginal para verificar se o medicamento fez efeito e se os ovários e o útero estão em repouso. Inicia-se então uma estimulação dos ovários através de hormonas que levam ao desenvolvimento de um número elevado de folículos. Estas hormonas são administradas na zona da barriga com uma pequena agulha, diariamente e sensivelmente à mesma hora, durante 7 a 14 dias. A monitorização do desenvolvimento dos folículos é feita com 2/3 ecografias vaginais.

Quando os folículos estão suficientemente maduros (com cerca de 17 mm), é administrada uma injeção subcutânea que amadurece os ovócitos e os liberta para o líquido folicular. A sua colheita é efectuada 36 horas após a injeção, através de uma punção realizada com controlo ecográfico. Este procedimento, que dura cerca de 15-30 minutos, consiste na introdução de uma sonda vaginal, à qual está acoplada uma agulha que perfura o último terço da vagina, até chegar aos ovários. Aí irá puncionar cada um dos folículos maduros aspirando o líquido folicular onde se encontram os ovócitos. Para evitar a dor, este acto é feito com analgesia ou anestesia, embora algumas mulheres refiram não sentir incómodo ou dor excessiva. Os ovócitos obtidos são fertili-

zados com esperma do elemento masculino do casal, dando origem aos embriões que posteriormente serão implantados no útero da receptora e, eventualmente, criados preservados.

As taxas de sucesso desta técnica são das mais altas de todas, atingindo a percentagem de 32,9%, segundo dados publicados pela *ESHRE* (2004).

Apesar das exigências físicas do processo, o número de potenciais dadoras vai aumentando de forma progressiva, de acordo com o maior ou menor grau de divulgação junto de grupos alvo.

2. QUEM SÃO AS DADORAS DE ÓVOCITOS

Um ângulo de debate que tem emergido e sido objecto de investigação é o que concerne aos direitos das dadoras. Reame (2000) defende que estas não só cumprem uma função social, como se envolvem num processo pesquisa que pode levar à descoberta de desordens médicas ou genéticas, com consequências psicológicas². 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 a saber 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 eventuais sentimentos de fracasso. Contudo, a prática mostra que o maior receio dos responsáveis dos programas é o de que o conhecimento da existência de descendentes possa criar na dadora o desejo de os conhecer.

Trata-se de um engano, porquanto Schover (1990), Söderström-Anttila (1995) e Partrick *et al.* (2001) entre outros, revelam que as dadoras avaliam negativamente o facto de não saberem o resultado do processo mas apenas gostariam de ter conhecimento sobre o desfecho, referindo não ter pensamentos obsessivos ou preocupações sobre a existência de descendência.

² É o caso da determinação do cariótipo e da análise ao HIV, que os especialistas defendem dever ser acompanhado de aconselhamento específico.

Resultados similares encontraram Power *et al.* (1990), que concluem que 85% das dadoras anónimas deseja conhecer o resultado da sua doação, contra apenas 45% das pacientes em *egg-sharing*. No entanto mais de 80% negavam possuir qualquer ligação com a criança, e cerca de metade não tinha objecções a que a criança as contactasse no futuro.

Noutro estudo de Perks e Winston (1991) com 154 potenciais dadoras, a doação não pareceu ser motivo de desconforto emocional nem um processo secreto: 92% das mulheres tinha discutido o assunto com o marido/companheiro e 69% tentava contar às suas crianças. No que se refere aos resultados do processo, verificou-se que: 76% desejavam saber se os ovócitos tinham fertilizado; 75% se os embriões tinham sido transferidos; 69% se a gravidez havia resultado; 52% gostaria realmente de saber se tinha nascido uma criança. Apenas 42% pretendia saber da ocorrência de gravidez não evolutiva. Entretanto, 65% ficariam satisfeitas se informação não identificativa fosse dada aos casais, mas só 45% gostariam de receber informação sobre casais. Apenas 38% referiu estar disposta a aceitar o contacto da criança aos 18 anos, sendo que 28% pensavam que a criança tem o direito de conhecer a sua origem genética.

Na maior parte dos programas de doação é prática corrente participar financeiramente as dadoras, pelos custos e riscos associados ao tratamento. Sauer (1997), refere que o reembolso pela doação de gâmetas decorreu da prática já existente, de recompensar indivíduos participantes em pesquisas clínicas. Para Marina *et al.* (1999), a gratificação deveria ter em conta o número de horas dispendido em deslocações e tratamentos, recompensando a dadora nos mesmos valores que receberia se estivesse a trabalhar³.

A doação de ovócitos obedece a protocolos que têm vindo a ser estabelecidos de modo muito preciso e semelhante nos vários países que a promovem. A *ASRM* e a *ESHRE*, as duas entidades mais respeitadas na área da Medicina da

Reprodução, definiram as linhas orientadoras do processo de selecção e aconselhamento na doação de ovócitos. O princípio básico pressupõe o recrutamento e avaliação de mulheres com um bom potencial para o sucesso do tratamento, e com capacidade de compreender o processo e as suas várias implicações, no sentido de poderem dar um pleno consentimento informado.

As *guidelines* da *ASRM* (2002 e 2004) recomendam que o processo de avaliação dos dados seja efectuado por técnico qualificado, e incida nos seguintes aspectos: história familiar, existência de abuso ou negligência, percurso escolar, estabilidade, motivação para a doação, factores de stress actuais e existência de estratégias de *coping*, história sexual, dificuldades ou situações traumáticas na história reprodutiva, relacionamento interpessoal, história de patologia psiquiátrica ou de personalidade, abuso de substâncias do próprio ou de parentes em primeiro grau e, ainda, história legal.

No aconselhamento deverá certificar-se se o dador foi informado sobre todos os aspectos relevantes do tratamento médico. Deverá ser prestada informação sobre o número e tipo de testes a doenças infecciosas que serão necessários, e sobre o modo como a informação deles resultantes será guardada, usada e partilhada. Também se deverá avaliar da existência de potenciais riscos psicológicos ou coerção (financeira ou emocional). O dador deverá também ser informado sobre todos os aspectos relacionados com a utilização de gâmetas e embriões resultantes.

3. INVESTIGAÇÃO SOBRE DADORAS

Fazendo uma análise retrospectiva dos estudos sobre os aspectos sociais, demográficos e psicológicos subjacentes ao processo de doação, encontramos duas grandes linhas de investigação. Uma delas, desenvolvida em França, seguia protocolos direccionados para uma compreensão dinâmica das motivações e vivências das dadoras, e defendia a vantagem da doação ser acompanhada de um processo psicoterapêutico para a dadora e receptores. Já nos restantes países, sobretudo nos EUA, o estudo das motivações das dadoras era feito recorrendo a escalas de atitudes, construídas a partir de indicadores obtidos nas entrevistas

³ Com base em estimativas de 1993, a dadora gasta cerca de 56 horas nos procedimentos associados à doação (*ASRM*, 2000).

tas clínicas. Se nos primeiros tempos as investigações se centravam nas questões da motivação e na personalidade das mulheres dadoras, evoluiu-se para o estudo quer da adaptação após a concretização da doação, quer da avaliação retrospectiva das motivações.

Alguns dos primeiros estudos realizados em França, por Raoul-Duval *et al.* (1992), e Bertrand-Servais *et al.* (1993) basearam-se em entrevistas semi-directivas, com o fim de avaliar as motivações de dadoras em situação de anonimato personalizado, ou seja, as que se predispunham a doar para ajudar um familiar ou amigo, sendo os seus ovócitos “trocados” para outro casal.

Como era de esperar, uma das motivações referidas por essas mulheres era «*the hope that these women could experience the supreme female accomplishment of motherhood*» (Raoul-Duval *et al.*, 1992, p. 52). Apesar disso, não deixavam de avaliar o processo como sendo exigente do ponto de vista emocional. Essa tensão emergia na forma de agressividade para com o *staff*, e para os autores poderia dever-se às exigências inerentes ao processo, sem que existisse uma contrapartida correspondente.

Num estudo interessante, Weil *et al.* (1994) exploraram as representações de um grupo de dadoras em relação ao óvulo, e outros aspectos ligados com o processo. Tratava-se de uma situação de doação conhecida ou de doação anónima personalizada. Cerca de metade do grupo encarava a doação como um acto 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.

Numa linha de abordagem diferente, centrada na motivação para a doação e na identificação de perfis psicológicos, Schover *et al.* (1990), num estudo com 26 dadoras, encontrou diferenças face a um grupo de controlo, na ocorrência de pelo menos um trauma relacionado com a reprodução, com a morte de parente, com divórcio dos pais ou com abuso sexual. O autor faz referência a um estudo de Bril e Levin sobre as motivações altruísticas de 10 dadoras, 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.

Noutro estudo de Schover (1991) a motivação

mais comum era o desejo de ajudar um casal infértil. 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, duas mulheres queriam expiar a culpa por IVG realizadas e uma queria doar por uma questão de aventura, para tomar uma decisão independente dos pais.

Para o autor, pode especular-se se a motivação altruísta ou financeira poderia estar a mascarar uma motivação para resolver conflitos relacionados com culpa face a comportamentos sexuais ou IVG no passado. No entanto, manifesta a convicção de que a doação de ovócitos seja uma forma saudável de algumas mulheres lidarem com sentimentos relacionados com experiências traumáticas do passado. Assim sendo, quando esses aspectos são debatidos e as expectativas sobre os ganhos psicológicos do processo são realistas, o processo de ajudar outra mulher pode ser extremamente reparador.

Já Sauer e Paulson (1992) apontam para que, embora a principal motivação na sua amostra fosse ajudar outros, aquelas mulheres que fizeram mais de uma doação referiram ser a compensação o aspecto determinante para a nova participação.

Lessor *et al.* (1993) e Braverman e Corson (2002) encontraram mulheres que não queriam ter filhos mas queriam transmitir o seu material genético⁴, 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.

Num estudo retrospectivo com a população total de Finlandesas dadoras de ovócitos, realizado por Söderström-Anttila (1995), é referido

⁴ Também Kalfoglou e Gittelsohn (2000) referem o caso de 3 mulheres para quem a doação era a oportunidade de transmitirem os seus genes sem terem a responsabilidade pela criança resultante.

que elas encaram o óvulo como uma célula de que não precisam, não estabelecendo nenhuma ligação a uma criança.

Num estudo de Klock *et al.* (1999) 17% das mulheres reportou uma história de trauma, referindo que a experiência de doar as ajudou a compensar a perda dessa gravidez, ao permitir uma outra gravidez através da doação.

Esta constatação é diametralmente oposta à de Kokkinos (2000) que fez um estudo qualitativo no sentido de perceber a experiência individual de 8 mulheres um ano após a doação. Os seus dados apontam para que se tratava de um grupo de mulheres muito altruístas, empáticas e com sentimentos positivos sobre as suas gravidezes passadas. Apesar da compensação financeira ter sido útil, referiram que teriam feito a doação mesmo sem compensação. Isto porque valorizavam muito a maternidade e porque se avaliavam como sendo ao mesmo tempo tradicionalistas e feministas. Embora a maior parte reportasse a existência de perdas reprodutivas, a doação não as compensou por essas perdas.

Kalfoglou e Gittelsohn (2000) afirmam que, relativamente às mulheres que estudaram, apesar da sua motivação inicial ser a compensação financeira, ao longo do processo acabaram por vivenciar sentimentos de altruísmo, manifestando alguma surpresa pelo facto de sentirem tanta satisfação pessoal. Os autores interrogavam-se se o desenvolvimento desses sentimentos corresponde realmente a mudanças internas, ou se as mulheres acabam por interiorizar a motivação que a clínica e os médicos consideram mais aceitável.

Englert *et al.* (2004) defendem serem raras as mulheres que espontaneamente se dispõem a doar os seus ovócitos sem qualquer forma de compensação, e frequentemente trata-se de mulheres com personalidade frágil e algum tipo de distúrbio de personalidade, tendo como motivação inconsciente um reconhecimento e reparação massiva. Ao contrário, Klock citado por Hershberger (2004), mostra que, no geral, as mulheres estão psicologicamente ajustadas.

Estando estabelecidas as motivações variadas e a existência de diferentes histórias pessoais, tornava-se importante realizar outro formato de investigação, nomeadamente a adaptação psicológica das dadoras, após a concretização da doação.

Schover *et al.* (1990) e Schover *et al.* (1991)

realizaram estudos de *follow-up* pretendendo avaliar o impacto do processo na adaptação psicológica, num período que variou entre os 6 e 24 meses após a concretização da doação. Nos dois estudos não se encontrou qualquer correlação significativa entre os valores elevados obtidos na escala do MMPI, e a história pessoal traumática, perturbação familiar, motivação financeira ou variáveis demográficas. O aspecto referenciado como mais positivo foi a oportunidade de ajudar um casal (o mesmo constatou Fielding *et al.*, 1998), a boa relação com o pessoal médico, a possibilidade de fazer parte de um procedimento clínico arrojado e receber uma recompensa financeira. As conclusões apontam para que a doação tenha sido uma experiência positiva para a maioria das mulheres, com 91% delas a referirem estar moderadamente a extremamente satisfeitas com a experiência, e com 74% a manifestar disposição para doar novamente.

Rosenberg (1995) realizou um estudo no sentido de explorar as memórias relacionadas com a doação ocorrida cerca de 18 meses antes. A grande maioria delas (90%), referiu que a doação alterou de forma positiva as suas vidas, essencialmente porque o facto de terem ajudado os outros as fez sentirem-se melhores pessoas. Afirmaram ter memórias e sentimentos positivos sobre o processo, contudo duas delas apresentavam alguma dificuldade em «*dealing with the possibility that a woman could give birth to someone with half of my genes and characteristics*» e «*I'd be concerned that the parents were not the type of individuals who would be poor parents*» (p. 2742).

Também no estudo de Söderström-Anttila (1995) se concluiu que a maioria das mulheres pensava por vezes na possibilidade de haver crianças resultantes da doação, embora isso não constituísse motivo de preocupação. Metade das mulheres referiu pensar na aparência da criança, e outra metade na família receptora. Sobre a vivência ao longo do processo de doação, muitas mulheres contaram ter sentido preocupação acerca da qualidade dos seus ovócitos. Também foi referida a existência de confusão e o receio dos efeitos secundários da medicação hormonal.

Um dos estudos mais detalhados sobre as atitudes e expectativas dessas mulheres foi feito por Kalfoglou e Geller (2000). Quanto à informação sobre o resultado do processo, algumas mulheres referiram sentir-se contentes em saber que

a doação teve êxito, e afirmavam que essa informação era uma parte da recompensa para a sua dádiva. Algumas manifestavam curiosidade em saber o sexo da criança, outras referiram que esse tipo de informação poderia dificultar a sua adaptação futura, preferindo não saber. Importante é o facto da maioria estar disposta a ser contactada na eventualidade de ser necessário fornecer dados médicos ou doação de medula.

Nos EUA, os programas de avaliação e selecção das candidatas a dadoras recorrem a entrevista clínica, acompanhadas, contudo, da utilização de testes padronizados com vista ao despiste de psicopatologia, nomeadamente o MMPI. Um dos primeiros estudos realizado com a população de dadoras foi o de Kelly e Simon, o qual foi apresentado no encontro anual da APA em 1983 (não publicado, citado por Lessor *et al.*, 1993). Tratava-se de uma amostra de 33 mulheres que voluntariamente se sujeitaram à técnica da lavagem de embriões, ou seja, foram inseminadas com espermatozoides do receptor, e posteriormente foi feita uma lavagem intra uterina para remoção do embrião, seguido da respectiva transferência para a receptora. Neste grupo, foram encontradas correlações entre os resultados do MMPI e os dados obtidos na entrevista, nomeadamente quanto à existência de disfuncionalidade na família, abuso ou abandono e conflitos no relacionamento afectivo ou conjugal.

Kennard (1989) realizou um estudo com 13 mulheres, no qual utilizou o SCL-90, destinado a medir os níveis de perturbação psicológica. Considerou que este não era um bom instrumento de avaliação para esta situação, porque as candidatas tendiam a minimizar os sintomas psicológicos, já que os valores médios da amostra (aproximadamente 41) estavam abaixo dos esperados para uma amostra de mulheres saudáveis (50). Estes valores eram discrepantes com a avaliação e o material obtido nas entrevistas, revelador da existência de depressão, ansiedade e níveis elevados de stress.

Schover *et al.* (1990) continuou este estudo, juntando mais 13 dadoras, e passando a utilizar como instrumentos o MMPI e o CPI (*California Personality Inventory*) – este último um inventário de personalidade que não está focado na psicopatologia, antes pretende medir traços adaptativos. O mérito deste trabalho foi o de, pela primeira vez, ter incluído um grupo de controlo, equivalente

quanto à educação, idade, ocupação e raça, no sentido de averiguar da existência de diferenças entre os dois grupos, quanto a eventos traumáticos relacionados com a história reprodutiva: IVG, abortos espontâneos, gravidezes não desejadas, abandono ou adopção, ausência involuntária de filhos, etc.

Os resultados obtidos no MMPI, embora com valores médios normativos, mostraram tratar-se de uma amostra de mulheres com tendência à aventura, a correr riscos, a experimentar conflitos conjugais e “*prone to sexual acting out*”. No entanto, os seus interesses “intensamente femininos” serviam para modular esta impulsividade. A média dos resultados do CPI mostrou ser este um grupo de mulheres tolerantes e confortáveis no relacionamento social, para além de possuírem preocupações altruístas. Embora respeitadoras das regras sociais, eram auto-suficientes e capazes de pensar por si próprias.

Algumas das candidatas revelaram história pessoal ou familiar de trauma ligado com a reprodução ou maternidade. No conjunto das 26 mulheres, no que dizia respeito a *life-events* na história sexual e reprodutiva, confirmou-se que havia diferenças significativas entre os grupos: nas dadoras 47% reportava a existência de gravidez ilegítima; 31% tinham feito IVG; 13% tinham tido um aborto e 27% não tinha filhos por desejo do companheiro. Já duas tinham perdido familiares por morte ou adopção. Em resumo, 73% do grupo das dadoras tinham tido um trauma reprodutivo *versus* 35% do grupo de controlo. Quanto a perturbação familiar, medida em quantidade de eventos, o grupo de dadoras mostrou ter vivido maior número situações de divórcio, ausência ou morte do pai e morte da mãe.

Lessor *et al.* (1993) pretenderam analisar as características sociais e psicológicas de um grupo de 95 dadoras, com o fim específico de avaliar a consistência entre os dados obtidos em entrevista clínica e os resultantes da utilização do MMPI. Pretendiam de igual modo, encontrar um instrumento eficaz e padronizado para a selecção das candidatas e para isso utilizaram também o SCT (*Sentence Completion Test*).

Ao contrário dos estudos anteriores, as mulheres da amostra não revelaram existência de psicopatologia, mostrando ser altamente eficazes e adaptadas ao trabalho. A incidência de divórcio, abandono afectivo, abuso emocional e sexual,

etc. não diferia dos encontrados para a população em geral. Contudo, 14 delas referiam a existência de maus-tratos físicos e 6 o ter sofrido de abuso sexual.

Os resultados do MMPI revelaram uma amostra de mulheres socialmente convencionais, livre de psicopatologia, com orgulho nas capacidades maternas, para as quais o nascimento e o cuidar dos filhos tenha sido um factor muito importante nas suas vidas, e que as levou a querer proporcionar essa vivência a outros casais. A orientação para a relação e a centração nas crianças (*child focused*) foram confirmadas pelo SCT. Apesar disso, não revelaram uma assumpção de papéis tradicionais femininos ou de submissão, aparentando ser independentes, e com capacidade de manifestar opiniões contrárias às da sua religião.

Noutro estudo retrospectivo com 150 candidatas, Klock *et al.* (1999), tentaram determinar a adequação do MMPI para detectar patologia nas populações de dadoras. Constataram que na sua amostra, 17% das mulheres tinham episódios de assalto sexual na sua história, 43% de IVG, 50% tinha sofrido de alguma forma de perda parental precoce (divórcio, morte ou abandono) e algumas tinham recebido apoio psicoterapêutico.

Os valores médios da amostra estavam dentro dos valores normais, revelando níveis adequados de reconhecimento das dificuldades psicológicas. Novamente se constatou que as dadoras não se identificavam com papéis tradicionais quanto ao género, crenças e comportamentos. Tratava-se de mulheres não convencionais e com propensão a correr riscos, socialmente extrovertidas e com espírito gregário. Também mostravam alto grau de energia, acompanhado por valores abaixo da média quanto a depressão, paranóia e tendência para comportamentos obsessivo-compulsivos.

Na sequência da revisão feita dos estudos sobre a personalidade das dadoras, podemos afirmar que genericamente se trata de uma população livre de patologia. Essa repetida constatação levou a que não se encontre, na literatura mais recente, estudos com o objectivo de avaliar a existência de psicopatologia.

4. DISCUSSÃO

Não havendo legislação em Portugal que enquadre a doação de óvulos verifica-se que esta

prática, embora já frequente, se inscreve num território silencioso e sub-reptício em que se questiona tudo o que é possível: os direitos das dadoras, os direitos das receptoras, os direitos à parentalidade do casal receptor e os direitos das crianças nascidas destas práticas reprodutivas de conhecer a sua origem. De facto, numa fase de transição das práticas reprodutivas, em que o recurso às técnicas de reprodução medicamente assistidas se torna cada vez mais frequente, mantendo-se valores mais clássicos sobre a paternidade e sobretudo sobre a maternidade, é fundamental perceber o que fazemos, como fazemos, porque o fazemos e quais são as possíveis consequências a prazo para todos os intervenientes.

REFERÊNCIAS

- ASRM - American Society for Reproductive Medicine (2002). Guidelines for oocyte donation. *Fertility and Sterility*, 77 (6), Suppl. 5, June, S6-S8.
- ASRM - American Society for Reproductive Medicine (2004). Donation of gametes. *Fertility and Sterility*, 81 (5), Suppl. 4, May, S27-S28
- Bertrand-Servais, M., Letur-Konirsch, H., Raoul-Duval, A., & Frydman, R. (1993). Psychological considerations of anonymous oocyte donation. *Human Reproduction*, 8 (6), 874-879.
- Braverman, A., & Corson, S. (2002). A comparison of oocyte donors' and gestational carriers/surrogates' attitudes towards third party reproduction. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 19 (10), 462-469.
- Brindsen, P. (1999). Oocyte recovery and embryo transfer techniques for in vitro fertilization. In P. Brindsen (Ed.), *A textbook of in vitro fertilization and assisted reproduction: the Bourn Hall guide to clinical and laboratory practice* (2nd ed., pp. 171-184). New York. The Parthenon Publishing Group Limited.
- Englert, Y., Serena, E., Philipe, R., Fabienne, D., Chantal, L., & Delbare, A. (2004). Sperm and oocyte donation: gamete donor's issues. *International Congress Series 1266*, 303-310.
- ESHRE - European Society of Human Reproduction and Embryology. (2004). Assisted Reproductive Technology in Europe, 2000. Results generated from European Registers by ESHRE. *Human Reproduction*, 19 (3), 490-503.
- Fielding, D., Handley, S., Duqueno, L., Weaver, S., & Lui, S. (1998). Motivations, attitudes and experience of donation: a follow-up of women donating eggs in assisted conception treatment. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 8, 273-287.

- Frydman, R., Letur-Konirsch, H., de Ziegler, D., Bydłowski, M., Raoul-Duval, A., & Selva, J. (1990). A protocol for satisfying the ethical issues raised by oocyte donation: the free, anonymous, and fertile donors. *Fertility and Sterility*, 53 (4), 666-672.
- Hershberger, P. (2004). Recipients of oocyte donation: an integrative review. *Journal of Obstetric, Gynaecologic, and Neonatal Nursing*, 33, 610-621.
- Klock, S., Stout, J., & Davidson, M. (1999). Analysis of Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 profiles of prospective anonymous oocyte donors in relation to the outcome of the donor's selection process. *Fertility and Sterility*, 72 (6), 1066-1072.
- Kalfoglou, A., & Geller, G. (2000). A follow-up study with oocyte donors exploring their experiences, knowledge, and attitudes about the use of their oocytes and the outcome of the donation. *Fertility and Sterility*, 74 (4), 660-667.
- Kalfoglou, A., & Gittelsohn, J. (2000). A qualitative follow-up study of women's experience with oocyte donation. *Human Reproduction*, 15 (4), 798-805.
- Kennard, E., Collins, R., Blankstein, J., Schover, L., Kanoti, G., Reiss, J., & Quigley, M. (1989). A program for matched, anonymous oocyte donation. *Fertility and Sterility*, 51 (4), 655-660.
- Kokkinos, E. (2000). Egg donors: a study of women's experience. *The Sciences and Engineering*, 60 (11-B), 5778. Abst.
- Lessor, R., Cervantes, N., O'Connor, B. A., Balmaceda, J., & Asch, R. (1993). An analysis of social and psychological characteristics of women volunteering to become oocyte donors. *Fertility and Sterility*, 59 (1), 65-71.
- Marina, S., Expósito, R., Marina, F., Nadal, J., Masramón, M., & Vergés, A. (1999). Oocyte donor selection from 554 candidates. *Human Reproduction*, 14 (11), 2770-2776.
- Partrick, M., Smith, A., Meyer, W., & Bashford, R. (2001). Anonymous oocyte donation: a follow-up questionnaire. *Fertility and Sterility*, 75 (5), 1034-1036.
- Perks, N., & Winston, R. (1991). An analysis of the attitudes of oocyte donors. *Human Reproduction*, 6, Suppl. 1, 111-116.
- Power, M., Baber, R., Abdalla, H., Kirkland, A., Leonard, T., & Studd, J. W. (1990). A comparison of the attitudes of volunteer donors and infertile patient donors on an ovum donation programme. *Human Reproduction*, 5 (3), 352-355.
- Raoul-Duval, A., Letur-Konirsch, H., & Frydman (1992). Anonymous oocyte donation: a psychological study of recipients, donors and children. *Human Reproduction*, 7 (1), 51-54.
- Reame, N. (2000). Making babies in the 21st century: new strategies, old dilemmas. *Women's Health Issues*, 10 (3), 152-159.
- Rosenberg, H. (1995). Follow up study of anonymous ovum donors. *Human Reproduction*, 10 (10), 2741-2747.
- Sauer, M. (1997). Reproductive prohibition: restricting donor payment will lead to medical tourism. *Human Reproduction*, 12 (9), 1844-1845.
- Sauer, M., & Paulson, R. J. (1992). Oocyte donors: a demographic analysis of women at the University of Southern California. *Human Reproduction*, 7 (5), 726-728.
- Schover, L. R., Reis, J., Collins, R. L., Blankstein, J., Kanoti, G., & Quigley, M. M. (1990). The psychological evaluation of oocyte donors. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.*, 11, 299-309.
- Schover, L. R., Collins, R. L., Quigley, M. M., Blankstein, J., & Kanoti, G. (1991). Psychological follow-up of women evaluated as oocyte donors. *Human Reproduction*, 6 (10), 1487-1491.
- Söderström-Antilla, V. (1995). Follow-up of Finnish volunteer oocyte donors concerning their attitudes to oocyte donation. *Human Reproduction*, 10 (11), 3073-3076.
- Weil, E., Cornet, D., Sibony, C., Mandelbaum, J., & Salat-Baroux, J. (1994). Psychological aspects in anonymous and non-anonymous oocyte donation. *Human Reproduction*, 9 (7), 1344-1347.

RESUMO

A doação de ovócitos como técnica de reprodução medicamente assistida permite ultrapassar a maior parte das situações de infertilidade de factor feminino. A principal fonte de ovócitos é constituída por mulheres presumivelmente férteis, que de forma anónima se dispõem a entrar neste processo.

Saber quem são estas mulheres e o que a parca investigação realizada nos diz sobre o assunto é o objectivo desta revisão de literatura.

Palavras-chave: Doação de ovócitos, infertilidade, personalidade.

ABSTRACT

The oocyte as medically assisted reproduction overcomes most of the female factor infertility situations. The main oocyte is constituted by women presumably fertile who are willing to enter anonymously in this process.

In this revision of the "state of the art" we presented some research about this woman and her personality.

Key words: Oocyte donation, infertility, personality.