

PERE/AM1

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA


Mestrado em Psicologia da Saúde

2004

**ESTUDO DA PERSONALIDADE, MOTIVAÇÃO E
VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS DE MULHERES
CANDIDATAS A DOAÇÃO DE OVÓCITOS**

Ana Maria Vieira de Oliveira Pereira
Orientadora: Professora Doutora Isabel Leal



 Instituto Superior de Psicologia Aplicada
C
Data: 24.06.06
16700
Tel: 21 001 17 53 • info@ispa.pt

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da **Professora Doutora Isabel Leal**, apresentada no **Instituto Superior de Psicologia Aplicada** para obtenção do grau de **Mestre** na especialidade de **Psicologia da Saúde**, em conformidade com o disposto na Portaria nº 107/97 de 17 de Fevereiro e em cumprimento da alínea b) do nº 2 do Artº 5º do Decreto-Lei nº 216/92 de 13 de Outubro.

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.

Estando suficientemente estabelecida a inexistência de patologia nesta população e constatando-se a existência de diferenças nas motivações inferidas ou apresentadas pelas dadoras, uma das explicações possíveis para a doação poderá ser a existência de determinadas características de personalidade específicas destas mulheres.

Neste estudo avaliou-se a personalidade de um grupo de mulheres, bem como as motivações para a doação apresentadas por estas dadoras. Considerou-se pertinente verificar também qual o tipo de informação desejada sobre o resultado da doação.

A nossa amostra é constituída por um grupo de 37 mulheres, com uma média de idades de 30,4 anos, que se dispuseram a doar os seus ovócitos numa clínica privada.

Os materiais utilizados neste estudo foram as Fichas de Entrevista clínica, um questionário de Caracterização da Amostra e o Inventário de personalidade NEO-PI-R na sua versão portuguesa.

Os resultados deste estudo mostram que, face aos valores da população normativa, as mulheres da nossa apresentam menor Neuroticismo, acompanhada de maior Extroversão e Abertura à Experiência. Não existem diferenças na dimensão Amabilidade, contudo apresentam valores mais elevados na faceta Altruísmo.

Constatando-se a existência de motivação altruísta como principal factor da tomada de decisão, esta é contudo acompanhada de outras motivações de ordem pessoal.

Ao contrário do referido na literatura, a maioria das mulheres participantes neste estudo não desejava nenhuma informação sobre o resultado da doação.

PALAVRAS-CHAVE: *DOAÇÃO DE OVÓCITOS/INFERTILIDADE/PERSONALIDADE/NEO-PI-R*

ABSTRACT

The oocyte donation as a Medically Assisted Reproduction technique overcomes most of the female factor infertility situations. The main oocyte source is constituted by women presumably fertile who are willing to enter anonymously in this process.

After being verified the existence of differences in the motivation inferred or presented by donors and the non-existence of psychiatric type psychopathology, one of the possible explanations for donation could be the existence of certain specific personality traits in this population.

In this study, the personality of a women group was evaluated as well as the motivation for the donation presented by these donors. It was also considered appropriated to verify what kind of information did they wish to get about the donation results.

Our sample consists of a 37 women group that decided to donate their oocytes in a private hospital. Their current average age is 30.4 years old.

The materials used in this work were the Clinic Interview Files, a Sample Characterization Query and the NEO-PI-R Personality Inventory in the Portuguese version.

Comparing with normal population, the results of this study show that this women group have less Neuroticism, but more Extroversion and Experience Openness. There is no difference in what concerns the Agreeableness dimension but higher values are presented in what relates altruism.

Being verified the existence of altruistic motivation as the key factor for the decision this is nonetheless accompanied by other self-motivations. In contrast to what is referred in literature, the majority of the women integrating this study did not wish to get any information about the donation result.

KEY-WORDS: *OOCYTE DONATION/INFERTILITY/PERSONALITY/ NEO-PI-R/*

AGRADECIMENTOS

À Prof^a Doutora Isabel Leal por ter esperado...longamente, acreditando que este trabalho se iria concretizar, e também pelas suas críticas e apoio constantes.

À Direcção da Ava Clinic, na pessoa do Prof. Doutor Cândido Tomás pela confiança e disponibilidade para a partilha de dados, a bem do conhecimento.

À Ana Sousa, Raquel Figueiredo, Ana Rita, Heidi Reis e Carla Pinção pela disponibilidade constante na recolha de informação sobre os participantes neste estudo.

Aos meus irmãos: Teresa, pelas revisões do texto, observações construtivas e revisão da análise de conteúdo, Manuela, pela revisão de bibliografia e Fernando pela tradução do resumo. Mas principalmente a todos eles, incluindo o José, porque estão sempre lá...para tudo o que eu preciso!

Ao Vítor e Filipa, pela ajuda no lançamento e conferência de dados, e por terem calmamente vivido os meus períodos de reclusão e de agitação.

Aos funcionários do Centro de Documentação do ISPA, em especial o Paulo, pela imensa disponibilidade demonstrada no que se relacionou com a pesquisa bibliográfica.

À Cláudia Mestre pelo seu exemplo de solidariedade e ajuda desinteressada!

À Ana Lúcia pela preocupação e incentivo constantes no meio do “mar agitado” da sua própria tese

Por último, às mulheres que gentilmente se disponibilizaram a participar nesta investigação, e sem as quais este trabalho não teria sido possível.

A todos manifesto o meu reconhecimento e amizade!

REVISÃO DE LITERATURA	4
1.1. Introdução.....	5
1.2. Doação de ovócitos – mais uma técnica ou uma necessidade social?.....	9
1.3. Aspectos éticos e sociais na doação de gâmetas	14
1.4. Doação de esperma e ovócitos – Gâmetas sim...mas diferentes!	31
1.5. Avaliação e aconselhamento na doação de ovócitos.....	36
1.5.1. <i>Guidelines</i>	36
1.5.2. Parâmetros orientadores para selecção de dadoras	40
1.6. Aspectos psicológicos e sociais na doação de ovócitos	43
1.6.1. Aspectos psicológicos	43
1.6.2. Estudos de <i>follow-up</i>	49
1.6.3. Personalidade das dadoras – Em busca da patologia....	54
1.7. Motivação para a doação...altruísmo ou controle do corpo?.....	59
1.8. A doação de ovócitos em Portugal.....	65
1.8.1. Enquadramento.....	65
1.8.2. Reflexões sobre a prática clínica.....	68
1.9. Uma abordagem da personalidade através do modelo dos traços.....	75
1.10. Objectivos do estudo e questões de investigação	88
 MÉTODO.....	 91
2.1. Participantes	92
2.1. Materiais.....	103
2.1.1. Fichas de entrevista clínica	103
2.1.2. Questionário de caracterização da amostra	104
2.1.3. O inventário de personalidade NEO-PI-R.....	106
2.3. Procedimentos	110
2.3.1. Procedimentos de aplicação do questionário de caracterização da amostra e NEO-PI-R	111
2.3.2. Procedimentos para a análise de conteúdo das entrevistas clínicas ..	113
 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	 118
3.1. Resultados do inventário NEO-PI-R.....	119
3.2. Resultados da análise de conteúdo	127
 DISCUSSÃO	 132
 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	 143

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Indicações para aceitação de dadores.....	41
Quadro 2 – Frequências de idades por intervalos.....	92
Quadro 3 – Frequências relativas ao estado civil.....	92
Quadro 4 – Habilitações académicas.....	93
Quadro 5 – Idade até à qual viveu com o pai.....	94
Quadro 6 – Idade até à qual viveu com a mãe.....	95
Quadro 7 – Existência de gravidez prévia	96
Quadro 8 – Realização de IVG	96
Quadro 9 – Existência de filhos.....	97
Quadro 10 – Desejo de ter filhos.....	97
Quadro 11 – Como tomou conhecimento do processo.....	98
Quadro 12 – Conhecimento de outras dadoras	98
Quadro 13 – Com quem partilhou a decisão de doar.....	99
Quadro 14 – Concretização da doação.....	100
Quadro 15 – Motivos da não concretização da doação.....	100
Quadro 16 – Dimensões e facetas do NEO-PI-R.....	107
Quadro 17 – Categorias para análise de conteúdo.....	115
Quadro 18 – Resumo dos resultados dos testes estatísticos da amostra total.....	119
Quadro 19 – Resumo dos resultados dos testes estatísticos da amostra reduzida.....	124
Quadro 20 – Diferenças entre as duas amostras	125
Quadro 21 – Factores de motivação para a doação.....	127
Quadro 22 – Valores percentuais resultantes da análise de conteúdo.....	129

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Situação conjugal.....	93
Gráfico 2 – Idade até à qual viveu com pai.....	95
Gráfico 3 – Elementos com partilhou a decisão de doar.....	99

REVISÃO DE LITERATURA

1.1. Introdução

A doação de ovócitos¹ 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.

Apesar do seu incremento, que se pode aferir através de um inquérito realizado pela *ESHRE*² (2004 b) referindo a realização de 6530 ciclos com utilização desta técnica no ano 2000, todos os programas reportam a existência de centenas de casais em lista de espera, essencialmente devido à escassez de mulheres predispostas a doar os seus ovócitos. Este processo é o mais dispendioso no âmbito da Reprodução assistida, pelos custos associados à necessidade de avaliação médica e psicológica da dadora, a que crescem os medicamentos, e na maioria das situações, uma retribuição de maior ou menor valor.

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, uma das principais razões é que, embora as técnicas para a recolha dos ovócitos tenham sofrido evolução, o método ainda implica um assinalável desconforto físico para a dadora. De facto, é inevitável a existência de uma estimulação dos ovários com injeções intradérmicas e posterior recolha dos ovócitos por punção vaginal.

É consensual a necessidade de uma cuidadosa avaliação da população de dadoras, mas as razões diferem quanto aos objectivos subjacentes. Um dos principais fundamentos assenta na necessidade de assegurar a melhor dadora, ou seja, o objectivo centra-se no casal receptor, promovendo-se para isso um despiste da existência de patologia mental grave na dadora e parentes próximos. Esta orientação surge da constatação que, com base no conhecimento actual, duas doenças mentais aparentam ter uma forte componente genética, nomeadamente a esquizofrenia e a doença bipolar.

¹ O termo corrente para designar os gâmetas femininos é óvulo, mas em toda a literatura científica se encontra o termo ovócito (do lat. *ovum*, «ovo» + gr. *kytos*, «cavidade; invólucro».

² Sociedade Europeia de Medicina da Reprodução e Embriologia

Constatando-se em estudos recentes que a inteligência, tal como determinados traços de personalidade, tendem a seguir uma linhagem familiar (Hansenne, 2004), nos casos de doação de gâmetas³ deverá assumir-se a eventualidade de diferenças de personalidade entre os pais e as crianças resultantes desse processo. Nesse sentido, recomenda-se que exista um aconselhamento psicológico aos casais receptores, que deverá incidir na consciencialização desses factores, pois a incapacidade de aceitar as especificidades numa criança adoptada ou gerada com gâmetas de terceiro, poderá constituir um risco para o relacionamento familiar.

As orientações quer da *ASRM*⁴ como da *ESHHERE*, relevam a necessidade de uma boa avaliação, mas sobretudo um adequado aconselhamento no sentido de garantir que a dadora dê um consentimento informado, e possa prevenir efeitos psicológicos pós-doação.

Os estudos sobre as mulheres dadoras de ovócitos desenvolveram-se em duas linhas distintas. Em França, procurava-se uma compreensão das motivações para a doação numa perspectiva dinâmica, sobretudo porque a avaliação destas mulheres era essencialmente feita por psicanalistas. Nos EUA, os primeiros estudos intentavam o despiste de psicopatologia, havendo quase unanimidade na utilização de instrumentos psicométricos, cujos resultados auxiliassem na tomada de decisão sobre aceitação para a doação. Segundo Lessor; Cervantes; O'Connor; Balmaceda & Asch (1993), a existência de psicopatologia desaconselharia a aceitação para tratamento, nomeadamente nos sujeitos em que se detectasse raiva e rebelião, aspectos que poderiam indiciar o não cumprimento correcto do protocolo médico.

Na Europa, nomeadamente Inglaterra e países Nórdicos, os estudos realizados sempre atribuíram maior importância à avaliação das atitudes face à doação, e aos aspectos éticos ligados aos intervenientes, principalmente as crianças nascidas desse processo.

³ Gâmetas são as células reprodutivas masculinas (*espermatozóides*) e femininas (*ovócitos*).

⁴ *ASRM – The American Society for Reproductive Medicine*

Tratando-se de uma temática na qual os aspectos médicos assumem uma importância relevante, iremos no ponto 1.2 deste capítulo proceder à descrição dos factores médicos inerentes ao processo de doação de ovócitos.

Dada a complexidade das questões associadas à doação de gâmetas pareceu-nos importante fazer uma pequena resenha sobre os aspectos éticos associados a esta técnica de R.M.A, uma vez que, por serem abordados no aconselhamento, têm influência na motivação e decisão das dadoras.

Noutra perspectiva, a abordagem das implicações éticas e sociais da doação de gâmetas, permite perceber a razão dos objectivos das investigações feitas com esta população. Se numa primeira fase encontramos estudos sobre a personalidade e motivações das dadoras, evoluiu-se para a avaliação retrospectiva da sua adaptação pós-doação. Actualmente, a principal preocupação centra-se nas questões éticas ligadas aos direitos das dadoras, casais receptores e possíveis descendentes.

Não havendo um corpo teórico que permita explicar este processo de um ponto de vista psicológico, o conhecimento que existe decorre de estudos empíricos, que têm como finalidade última melhorar a prática clínica com esta população. Faremos então uma apresentação genérica das *guidelines* de avaliação e aconselhamento psicológico das candidatas a doação, estabelecidas pelas duas entidades cuja importância e credibilidade é consensualmente reconhecida por todos os intervenientes na área da medicina da reprodução, concretamente a *ESHHERE* e a *ASRM*. É muito evidente nesta temática o balanceamento constante entre os resultados de investigação e a evolução das orientações clínicas, mas optámos por apresentar as *guidelines* actuais e em seguida fazer uma síntese das investigações que contribuíram para a sua elaboração.

Esta revisão bibliográfica, não esgotando todo o assunto, teve como finalidade apresentar os estudos mais relevantes nesta área. Incidimos particularmente nos aspectos psicológicos e sociais pertinentes para as nossas questões de investigação, nomeadamente as características psicológicas e de personalidade, bem como as motivações para a doação.

Não estando referenciada a existência de doação de ovócitos em Portugal, pareceu-nos relevante apresentar o programa de doação no qual estamos

envolvidos. Sendo esta a primeira investigação com esta população, decidimos pela inclusão de um conjunto de reflexões empíricas que, conjuntamente com a revisão sobre o estado da arte, ajudaram a delimitar os objectivos deste estudo.

Havendo referências a vários estudos sobre variáveis associadas à doação de ovócitos, não existem contudo evidências de uma reflexão teórica explicativa das suas dimensões psicológicas. Se o altruísmo surge como a mais usual das explicações para a motivação das dadoras, não vislumbrámos desenhos de investigação especificamente direccionados para o estudo desta variável.⁵ Iremos então apresentar as únicas perspectivas encontradas, que imbricando aspectos psicológicos, sociológicos e antropológicos, pretendem explicar as motivações subjacentes ao desejo de doação. Uma delas assenta no conceito de altruísmo, a outra, na linha dos estudos pós-modernistas, estabelece uma ligação entre a doação de gâmetas e outros fenómenos de instrumentalização e controlo do corpo.

Constatando-se a existência de diferenças nas motivações inferidas ou apresentadas pelas dadoras, e havendo comprovação repetida da não existência de psicopatologia de tipo psiquiátrico nesta população, uma das explicações possíveis para a sua motivação poderá ser a existência de características de personalidade que as diferenciem das outras mulheres que, conhecendo a possibilidade e necessidade da doação de ovócitos, manifestam reservas quanto à mesma.

No ponto 1.9 deste capítulo apresentaremos um modelo de estudo global dos aspectos normativos da personalidade, operacionalizado através do Inventário de personalidade Neo-Revisto (NEO-PI-R), que tem como objectivo avaliar dimensões básicas estruturais da mesma. Este instrumento dá origem a um perfil do estilo emocional, interpessoal, experiencial, atitudinal e motivacional do sujeito, que se mantém relativamente estável ao longo do tempo.

Algumas das dimensões e facetas deste instrumento poderão revelar a existência de diferenças de personalidade entre as mulheres dadoras e a população normativa, nomeadamente as dimensões que dão conta da abertura a novas experiências e ideias, do juízo independente ou liberal, a tolerância e exploração

⁵ Na maioria dos estudos assume-se que existe motivação altruísta, quando as mulheres referem o ajudar os outros como a sua principal motivação para a doação.

do não familiar ou a amabilidade, que se reflecte no altruísmo, na benevolência, na sensibilidade face aos outros.

No último ponto deste capítulo daremos conta dos objectivos e questões de investigação que determinaram os propósitos desta investigação.

1.2. Doação de ovócitos – mais uma técnica ou uma necessidade social?

A doação de ovócitos com sucesso foi realizada pela primeira vez em 1983 na Austrália numa mulher de 25 anos, (Englert; Serena; Philipe; Fabienne; Chantal & Delbaere, 2004), tendo vindo a aumentar de tal forma que anualmente ocorrem alguns milhares de ciclos de doação em todos os países. Segundo dados do *CDC*⁶ citados por Hershberger (2004), 11% de todos os tratamentos de *Fertilização in vitro* realizados no ano de 2003 envolveram doação de ovócitos.

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); sujeitas a ablação dos ovários; com risco de transmissão de doenças genéticas, e nos últimos anos, em idade reprodutiva avançada, com uma reserva ovárica reduzida ou já na menopausa (ASRM, 2002 a).

Quando se fala em idade reprodutiva avançada estamos a falar de mulheres acima dos 35 anos, o que significa um período fértil reduzido face à esperança de vida actual. Acresce que, a tendência verificada nas sociedades industrializadas para se atrasar a idade média da procriação, tem tido consequências negativas sobre a fecundidade.

Já há cerca de uma década, Sauer (1996) alertava para o aumento exponencial da entrada em programas de R.M.A. de mulheres com mais de 35

⁶ Centers for Disease Control and Prevention (EUA).

anos. As razões devem-se inequivocamente a condicionantes sócio-económicos que levaram a um adiamento da maternidade. Geralmente trata-se de um grupo de casais ou mulheres com uma forte orientação para a educação e para o sucesso profissional, ou para o estabelecimento de um padrão económico confortável. Também a idade tardia dos casamentos e a existência de uma taxa elevada de divórcios seguidos de novas uniões, tem levado a que muitas mulheres tentem ser mães numa altura em que a sua fertilidade declinou de forma acentuada.

São estas mulheres que engrossam as listas de espera das clínicas, que acumulam insucessos com as técnicas tradicionais, ou “saltitam” de país em país na tentativa de poderem concretizar um projecto de maternidade, sobretudo se a adopção se mostra uma opção morosa ou indesejável.

A incapacidade para engravidar deve-se a uma pior qualidade nos embriões, mais do que ao estado do endométrio. Assim, em mulheres com repetidos insucessos em tratamentos FIV ou com aborto espontâneo de repetição, é muitas vezes proposto o tratamento com doação de gâmetas. O mesmo se verifica em situações de produção de poucos ovócitos após um ciclo de estimulação, já que tal diminui o número de embriões obtidos na sequência da sua fertilização.

Se a criopreservação de esperma é uma realidade, permitindo com êxito uma dissociação no tempo entre a sua colheita e a fertilização, a criopreservação de ovócitos excedentários resultantes de ciclos de estimulação ovárica tem-se revelado uma técnica insatisfatória, pois promove alterações profundas na sua estrutura.

Dados apresentados por Sonmezer & Oktay (2004) mostram que, em 2003, mais de 650 mil mulheres sofreram de cancro nos E.U.A., sendo que 8% delas tinha menos de 40 anos. Embora a taxa de sobrevivência a esta doença tenha vindo a aumentar nos últimos anos, não se conseguiu contudo evitar a falência ovárica como uma das suas sequelas. Para essas mulheres a única alternativa reprodutiva possível é a doação de ovócitos.

Dados do *CDC* referentes ao ano de 2003 mostram que a doação de gâmetas femininos conduz às maiores taxas de sucesso em tratamentos de

mulheres com mais de 40 anos: 47% de êxito com doação de ovócitos contra apenas 17% usando as suas próprias células (Hershberger, 2004).

A doação de ovócitos é providenciada de diferentes formas. Um dos primeiros processos referenciados é o *egg-sharing*, no qual mulheres em tratamento de infertilidade partilham os seus ovócitos com outras na mesma situação, a troco de um menor custo nos seus próprios tratamentos. A possibilidade de crio preservação de embriões levou à diminuição do *egg-sharing*, já que cada vez mais casais optam pela sua efectivação, no sentido de aumentar as possibilidades de sucesso através de sucessivas transferências de embriões criopreservados.⁷

Outra fonte é constituída pelas dadoras recrutadas pelos casais dentro do seu círculo de família ou amigos. Neste processo, vulgarmente denominado “*anonimato 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 alguém que desconhece (Frydman; Letur-Konirsch; de Ziegler; Bydlowski; Raoul-Duval & Selva, 1990).

Esta solução permite uma doação “simbólica” a um familiar ou amigo, sem promover alterações no relacionamento entre dador/receptor, nem deixando antever consequências na relação com possíveis descendentes. Contudo, para Marina *et al.* (1999) esta imposição coloca os casais em situação de desvantagem, pois não se espera que pacientes necessitando de medula, córnea ou sêmen, sejam obrigados a encontrar um dador.

Uma situação menos comum é a doação directa de ovócitos de uma mulher conhecida (geralmente irmã ou amiga), 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. Mais à frente referiremos

⁷ Este processo de partilha de ovócitos em tratamentos de R.M.A. pode diminuir a probabilidade de sucesso no tratamento da dadora, como resultado de um menor número de ovócitos disponíveis e consequentemente, do número de embriões resultantes. Por outro lado, levanta algumas questões éticas uma vez que as possibilidades de sucesso são superiores para o casal receptor. Segundo Marina; Expósito; Marina; Nadal; Masramón & Vergés, (1999) as hipóteses de êxito são de 28,3% com a obtenção de 6 a 10 ovócitos, contra 41,5% quando mais de 10 ovócitos maduros são obtidos.

algumas considerações psicológicas e éticas relacionadas com esta forma de doação.

Inicialmente o procedimento de recolha de ovócitos era realizado por laparoscopia⁸, e por isso a 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. Para Marina *et al.* (1999) a maior desvantagem desta última situação é que a idade das dadoras é quase sempre superior a 35 anos.

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 (Brinsden, 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. Englert *et al.* (2004) estabelecem uma diferença dentro deste grupo: as “profissionais”, que a troco de avultadas quantias se dispõem a doar os seus ovócitos⁹, e aquelas que pretendem ajudar outros casais, podendo contudo receber uma compensação financeira pelas despesas, esforço e tempo dispendido no processo.

Esta é a situação mais comum e tacitamente aceite na maioria dos países da Europa, sendo designada como doação altruística apenas para a diferenciar das situações em que há lugar a contrapartidas financeira pela doação dos gâmetas. A utilização do conceito não pretende fazer nenhuma extrapolação para dimensões psicológicas.

Outro processo envolvendo a doação de ovócitos foi descrito por Lindheim & Sauer (1999), constando de um programa de doação destinado a mulheres *single*¹⁰ bem como a casais em que ambos possuem anomalia ao nível dos gâmetas. Os ovócitos são fecundados com esperma de dador desconhecido e

⁸ *Laparoscopia é uma técnica que consiste em fazer um orifício no corpo, através do qual se introduz o equipamento cirúrgico.*

⁹ *Segundo Klock; Stout & Davidson (1999), nos EUA a compensação financeira cifrava-se entre os \$2500 e \$10.000.*

¹⁰ *“Single” é a designação utilizada para as mulheres sem companheiro, lésbicas ou heterossexuais, que recorrem à R.M.A a fim de conseguirem a inseminação com esperma de dador, conhecido ou desconhecido.*

nesta última situação não existe qualquer ligação genética entre o casal receptor dos embriões e as crianças deles resultantes.

O procedimento médico para doação é de certo modo invasivo, correspondendo 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. O estado de saúde é vigiado durante cerca de uma hora, findo o qual a mulher abandona a clínica.

Os ovócitos obtidos são fertilizados com esperma do elemento masculino do casal, dando origem aos embriões que posteriormente serão implantados no útero da receptora e, eventualmente, criopreservados.

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

Em França está regulamentada a necessidade de uma “quarentena” sanitária de pelo menos 6 meses, pelo que se procede ao congelamento dos embriões. Embora a transferência de embriões congelados tenha menor taxa de sucesso face à de embriões “frescos”, a actual percentagem de sucesso é de 17 a 22% (Letur-Könirsch, 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.

Lessor *et al.* (1993) obtiveram um número elevado de voluntárias, após a publicação em jornais locais de um conjunto de artigos sobre a temática, sublinhando que não envolvia a cedência do útero. A maioria das candidatas manifestou motivação para o processo exactamente porque não envolvia *surrogacy* (gravidez de substituição)¹¹.

1.3. Aspectos éticos e sociais na doação de gâmetas

“ A ilusão mais perigosa de todas é a de que existe apenas uma realidade. Aquilo que de facto existe são várias perspectivas diferentes da realidade, algumas das quais contraditórias, mas todas resultantes da comunicação e não reflexos de verdades eternas e objectivas” (Watzlawick, 1991, p. 7).

Para além das questões éticas genericamente ligadas à R.M.A., a doação de gâmetas levanta outras específicas e que deverão estar presentes na prática clínica com esta população.

Em primeiro lugar, as questões relacionadas com a utilização de gâmetas e embriões prendem-se mais com aspectos sociais e culturais do que médicos.

¹¹ *A gravidez de substituição é muitas vezes chamada de “ barriga de aluguer”, aludindo à existência de um contrato de contrapartida financeira. Também se utiliza o termo “maternidade de substituição”, no entanto este parece-nos um termo inadequado, porquanto, do ponto de vista psicológico, é perfeitamente possível dissociar a gravidez de um projecto de maternidade.*

Assim, a existência de dadores de gâmetas em maior ou menor quantidade reflecte o clima cultural de cada país e não a possibilidade médica de realização do processo. Do ponto de vista puramente clínico, a utilização da doação de gâmetas parte do princípio que o vínculo genético não tem características intrínsecas, e que os direitos e obrigações a ele associados são aspectos sociais e não médicos (ASRM, 2004 a). Como fundamento subjacente está a ideia que o tratamento permite realizar o desejo de ter uma criança e não apenas tratar a infertilidade em si, o que é eticamente aceitável. Contudo, dado tratar-se de um assunto de interesse público, a sociedade acaba por regular esses processos, de forma mais estrita na doação de embriões, do que para a doação de gâmetas.

Esta problemática assenta em alguns pontos fulcrais que são muitas vezes debatidos de forma veemente, nem sempre com base em argumentos médicos, éticos, e mesmo psicológicos, mas muitas vezes eivados dos conceitos morais existentes em cada sociedade. Até por isso, a *ESHERE* (Baetens, 2002) recomenda que no aconselhamento aos dadores e receptores, seja dada atenção ao facto da avaliação e percepção que os intervenientes têm da sua intenção, poder não ser coincidente com a da sociedade em que vivem.

Iremos então apresentar uma síntese dos factos e argumentos mais debatidos em relação à doação de gâmetas e especificamente de ovócitos.

Como primeiro aspecto trata-se de um processo não totalmente isento de riscos. Marina *et al.* (1999) referem que durante a punção dos ovários, existe um pequeno risco de infecção ou hemorragia (menos de 1/1000). Em situações raras existe a possibilidade de ocorrer uma hiper-estimulação dos ovários, a qual pode requerer internamento hospitalar. O próprio tratamento pode provocar cansaço, dores de cabeça ou sintomas parecidos com a menopausa (irritabilidade, afrontamentos, secura vaginal). Poderá ocorrer uma pequena irritação ou hematomas no local das injeções e na parte final do tratamento pode haver inchaço do abdómen.

Todos estes sintomas cessam após o tratamento, não havendo riscos para a fertilidade futura e, segundo Sauer & Paulson (1994), o risco de hiper estimulação é menor do que nas pacientes em tratamento FIV, dado que as dadoras não recebem os embriões nem ficarão grávidas. Embora o maior receio das dadoras

seja os riscos da punção, nesse estudo retrospectivo não se constatou a existência de complicações médicas decorrentes desse procedimento.

Outra possível consequência, se bem que pouco frequente, é a ocorrência de gravidez se não for respeitada a abstinência sexual no final do tratamento (ASRM, 2002 a). Para evitar essa possibilidade, os médicos tomam o cuidado de punccionar todos os folículos para que não haja libertação de algum ovócito nos dias subsequentes à punção.

Também foram aventadas algumas preocupações face ao risco de desenvolvimento de cancro nos ovários como consequência da hiper estimulação. Segundo Ahuja, Simons & Edwards (1999) a ASRM em 1998 recomendava que os médicos alertassem as pacientes sobre o risco de desenvolvimento de tumor nos ovários, decorrente do uso de gonadotrofinas exógenas. No entanto segundo a ASRM (2004 c), apenas um estudo mostrou que após 12 ciclos com administração de *Clomifene*, se verificava um risco aumentado de desenvolvimento de cancro nos ovários¹².

A existência destes potenciais riscos e desconforto para a dadora é um dos argumentos a favor do *egg-sharing*, como forma de evitar que mulheres não inférteis se submetam a este processo. Esta solução não está contudo isenta de considerações éticas, pois se podemos levantar objecções à existência de retribuição financeira para as dadoras, na situação de *egg-sharing* ela também está presente, uma vez que os ovócitos doados são recompensados pela diminuição do custo dos tratamentos do casal, valor esse suportado pelos receptores (McMillan & Hope, 2003). Por outro lado, levantam-se outras questões pertinentes, como a possibilidade real da dadora não conseguir uma gravidez, ao contrário da receptora, e a eventual necessidade do casal ter que fazer novo tratamento por não ter ficado com embriões criopreservados.

Por esta razão, Englert (1996) duvidava da possibilidade de existir um verdadeiro consentimento informado por parte do casal, para um processo que

¹² O *Clomifene* produz um aumento no nível de hormonas produzidas pela glândula pituitária, nomeadamente o FSH e LH. No ciclo menstrual normal o FSH estimula o desenvolvimento dos folículos e o LH conduz à libertação dos óvócitos. O *clomifene* é usado quando a infertilidade é causada por falha na ovulação levando ao amadurecimento de vários folículos. www.netdoctor.co.uk/medicines/100000537.html

diminui as suas próprias probabilidades de sucesso, sobretudo porque a decisão de doar é assumida perante o corpo clínico responsável pelos seus tratamentos.

Num editorial do jornal *The Lancet* (2003) é feita referência a um inquérito a casais em processo de *egg-sharing*, que permitiu constatar não existir nenhuma motivação altruísta na sua decisão, apenas o desejo desesperado de ter o seu próprio filho, como consequência de um sistema de saúde que restringe os tratamentos e obriga os casais a recorrer ao sistema privado.

Também McMillan & Hope (2003) referem que a existência de programas de *egg-sharing* se mantém, apenas porque não existe um número suficiente de dadoras para suprir a procura de gâmetas. Levantam também uma questão pertinente para os médicos, relacionado com a necessidade da tomada de decisão sobre o número e qualidade de ovócitos a partilhar entre a dadora e receptora, principalmente nas situações em que se obteve um número reduzido.

Segundo Ahuja (2003), o recente debate na comunicação social Inglesa sobre a doação de óvulos, pendeu para a ideia da doação por dadoras anónimas, com base numa comparticipação financeira, ter vantagens face ao processo de *egg-sharing*, pois nesta última situação torna-se necessária a existência de dois ciclos de estimulação (uma vez que as células obtidas no primeiro são utilizadas pelo casal que custeia o tratamento). No entanto, o autor alegava que este método é sempre preferível à doação por não pacientes, no sentido de evitar riscos futuros que não tenha ainda sido possível determinar através de estudos longitudinais.

No processo de doação anónima personalizada considera-se que aparentemente, não há lugar a qualquer forma de retribuição. Contudo, coloca-se a questão de poder existir alguma “obrigação” afectiva e, nas situações de insucesso, a dadora poder ter alguma dificuldade em “recusar” submeter-se a novas tentativas (McLaughlin; Day; Harrison; Mitchell; Prosser & Hull, 1998).

A situação aparentemente mais complexa é a da doação por familiares ou amigas. Este é, no entanto, o processo preferido pelos casais que dão extrema importância às características genéticas, às semelhanças físicas e à linhagem familiar, e daqueles que têm receio de receber material genético desconhecido (Baetens, 2000).

A opção pela doação intra-familiar de gâmetas permite preservar a herança genética, uma vez que, na melhor das hipóteses, 50% dos genes do elemento infértil passam para o seu descendente, permitindo deste modo que este possa sentir uma proximidade genética com o seu filho. Outros aspectos não menos relevantes são o impedir a transmissão de material genético não desejado pelo casal e permitir acelerar o processo ou reduzir os custos do mesmo (ASRM, 2003).

A Comissão de Ética da ASRM, estabeleceu que a doação de gâmetas e a gravidez de substituição entre familiares é eticamente aceitável na maioria das situações, tendo definido que a análise dos casos deverá ter em conta os riscos de consanguinidade, intergeracionalidade, eventual pressão sobre o dador e possibilidade de ambiguidade na filiação e relação parental, devido à presença e proximidade com o dador (ASRM, 2003).

Entretanto, esta comissão alerta expressamente para a necessidade de não ser permitida a doação de gâmetas em situações em que a criança venha a ter um património genético idêntico ao ocorrido na sequência de relações sexuais incestuosas ou consanguíneas, entre parentes em primeiro grau.

Para as restantes situações, a preocupação fundamental prende-se com os riscos potenciais que a existência desse segredo possa trazer à dinâmica familiar e ao relacionamento entre os intervenientes, bem como a possibilidade da revelação desta relação poder influenciar negativamente o sentido de identidade da criança. Contudo, para a ASMR (2003), se o altruísmo familiar na doação de órgãos é especialmente valorizado apesar de constituir um maior risco físico, deverá permitir-se que um membro da família se exponha ao risco menor presente na doação de gâmetas e na gravidez de substituição, com o fim de ajudar a tratar a infertilidade de um familiar próximo.

Este processo obriga a uma avaliação e aconselhamento específicos de todos os envolvidos, mas a ASMR. (2003) defende que:

“assessing or judging motivations such as love, devotion, loyalty, and duty within an intimate family may be best left to those family members, as long as providers involved in these arrangements have paid due regard to informed consent, free decision-making, and the welfare of the child-to-be.” (p. 1127).

Para a Comissão de Ética da *ASRM* (2003), o que está em causa é que a doação intra-familiar de gâmetas veio criar parentescos genéticos de outra forma impossíveis, daí que deva ser tomado em consideração se o objectivo de preservar a linhagem familiar justificará a existência de “arranjos” tão complexos. Reafirmam contudo desconhecer-se até ao momento, que a doação por amigos ou familiares tenha gerado problemas específicos, havendo que esperar por estudos a longo prazo das crianças dele resultantes.

Outro dos aspectos éticos mais relevantes na doação de gâmetas é a constatação que estamos sempre confrontados com a prioridade dos direitos – o direito à privacidade e autonomia quanto à organização da sua família, por parte dos adultos que recorrem a essas técnicas, e os direitos das crianças delas resultantes de conhecer as suas origens genéticas.

A doação de gâmetas tem sido um processo tendencialmente anónimo, mas existem alguns movimentos no sentido do não anonimato, decorrente da maior importância dada ao património genético, e aos direitos das crianças. Apela-se pois à responsabilidade social dos *providenciadores de gâmetas* para partilharem informação com a sua descendência (Daniels, 1998).

Para Raoul-Duval; Letur-Konirsch; Bertrand-Servais & Frydman (1993), o anonimato permite ao casal construir o seu estatuto parental ao mesmo tempo que os liberta da dívida para com um dador conhecido. A opção pelo anonimato é referida pelos casais como um meio de delimitar o espaço psicológico da sua própria sua família (Baetens, 2000).

Entretanto, para Englert *et al.* (2004), não é menos verdade que alguns dos opositores à doação de gâmetas, porque a consideram moralmente errada, utilizam o argumento do interesse da criança no sentido de influenciarem decisões que dificultarão o processo de doação. Para os autores, a liberdade de escolha cabe aos casais, devendo sair das mãos de médicos e da sociedade, e ficar nas mãos daqueles que têm a responsabilidade social de cuidar da criança e que, em última análise, são confrontados com as consequências da sua escolha.

Já Abdalla (1996) alegava que:

“The adoption of a paternalistic attitude towards patients, with the notion that doctors know best, or assumption that these couples do not examine the issues involved, is incorrect and smacks of a high degree of arrogance” (p. 2356).

Noutra perspectiva, Baetens (2002) realçava a necessidade de se ter em conta os aspectos negativos ligados ao anonimato do dador, quer durante a gravidez (quando a imagem do bebé a nascer está como que incompleta na mente da mãe), quer após o nascimento, quando o casal e eventualmente a criança (mais crescida) se interrogam sobre o dador. Contudo, na situação de doação conhecida, a revelação sobre a concepção poderá ter consequências para a relação entre a criança, pais e dador.

Ainda não existem evidências concretas sobre as vantagens ou desvantagens de divulgar à criança o processo que lhe deu origem. Sendo poucos e muito recentes os estudos com adultos nascidos na sequência de doação de esperma, as reflexões sobre o tema têm-se baseado nos aspectos psicológicos da adopção. Se existem similaridades entre esta e a doação de gâmetas, alguns autores alertam para a importância de não se extrapolarem conclusões, dado que existem também muitas diferenças entre os dois processos. Para além da existência de uma filiação biológica por parte de um dos progenitores, a principal diferença é que a criança não sente o estigma do abandono que ocorre na maioria das situações de adopção (Turner & Coyle, 2000).

Existe um número considerável de investigações com o propósito de apreender as atitudes de dadores e receptores sobre o anonimato e revelação de informação sobre o dador. Power; Baber; Abdalla; Kirkland; Leonard & Studd (1990) realizaram um estudo com 20 dadoras anónimas e 15 em processo de *egg-sharing*. Nessa amostra, 30 participantes tinham contado a pelo menos mais uma pessoa para além do marido/companheiro. No grupo das dadoras anónimas encontrou-se uma maior predisposição para doar a pessoas conhecidas e para renunciar ao anonimato, acompanhado de um grande desejo de conhecer o resultado da sua doação.

Noutro estudo de Robinson; Forman; Clark; Egan; Chapman & Barlow (1991), também foram avaliadas as atitudes de dadores face ao anonimato. Nessa amostra, 97% dos dadores habituais de esperma concordavam que fosse divulgada informação médica relevante, mas só 72% concordava que a sua identidade viesse a ser revelada à criança, aquando da sua maioridade. Quanto aos potenciais dadores, 60% concordava que fossem revelados dados não identificadores, mas só 15% concordava que fosse revelada a sua identidade. No que diz respeito aos receptores, 85% estava de acordo que fossem revelados dados médicos, e 59% era a favor da identificação dos dadores. Entretanto...85% dos casais tinha a intenção de nunca revelar à criança a sua origem genética!

Khamsi; Endman; Lacanna & Wong (1997) realizaram uma investigação com casais e dadoras conhecidas, que revelou ser a manutenção do anonimato a maior preocupação de todos os envolvidos, pelo que não planeavam contar à criança, família ou amigos.

Frith (2001) refere que é o desejo de imitar o mais possível a família natural (seja lá o que isso for hoje em dia!)¹³, que leva a maioria dos casais a decidir não contar às crianças a verdade sobre a sua concepção. Tendo em conta que nos países em que está determinada a doação não anónima, não foi regulamentado nenhum mecanismo que assegure a informação à criança sobre as circunstâncias da sua concepção, na prática essa decisão pertence apenas aos pais, tal como já tinha sido estabelecido pelo Conselho da Europa em 1998.

Parece-nos pouco exequível transformar esta preocupação em lei. Porém, tal como já ocorre na Suécia¹⁴, em Inglaterra foi recentemente aprovada uma lei que determina que todas as crianças, aquando da sua maioridade, têm o direito de conhecer a informação existente respeitante ao seu progenitor biológico (ESHHERE, 2004 a).

Contra esta obrigatoriedade se insurgem Robinson *et al.* (1991), alegando não ser obrigatório determinar a paternidade de cada criança. Como argumento citam um estudo de Weidinger (1984), que revelou que 18% dos presumíveis progenitores num determinado grupo populacional não eram os pais biológicos.

¹³ *Comentário pessoal*

¹⁴ *Lalos; Daniels; Gottlieb & Lalos (2003).*

O que nos parece relevante é o facto da maioria dos estudos apontar para a existência de uma predisposição e aceitação das dadoras de ovócitos para que seja revelada informação não identificadora aos receptores e à criança. Estas também parecem mais dispostas (que os dadores de esperma), a que seja revelada a sua identidade quando a criança atinja a maioridade.

A *DC Network (Donor Conception Network)*, um grupo de auto-ajuda inglês constituído por mais de 600 membros, que promove suporte a famílias com crianças nascidas através de doação de gâmetas, tem como objectivo sensibilizar os dadores para estarem preparados para divulgar informação identificável, e para aceitarem a ideia de poderem vir a ser contactados por descendentes (Blyth; Crawshaw & Daniels, 2004).

O mais recente 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 que pode levar à descoberta de desordens médicas ou genéticas, com consequências ao nível psicológico¹⁵. 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.

Para o autor, elas renunciam ao direito legítimo de ter uma palavra a dizer sobre quem recebe os seus gâmetas. De facto, parece que para algumas mulheres, a decisão de doar pode ser influenciada pelo conhecimento de características do casal receptor (preferências sexuais, idade, estatuto marital) ou a possibilidade dos embriões poderem vir a ser usados para pesquisa (Kalfoglou & Geller, 2000 a e Kum; Lee; Schiffman; Baek; Styne & Licciardi, 2002). Já para Adsuar; Pritts; Olive & Lindheim (2003), esta posição deverá ser encarada como uma não adequação da candidata ao processo de doação.

Embora seja habitual as dadoras equipararem a dádiva de ovócitos à de sangue, outras claramente estabelecem as diferenças, daí que desejem ter maior controlo sobre os seus gâmetas.

¹⁵ É o caso da determinação do cariótipo e da análise ao HIV, que os especialistas defendem dever ser acompanhado de aconselhamento específico.

Pretendem por isso obter mais informação sobre o casal, não manifestando contudo interesse em conhecer a sua identidade (Kalfoglou & Geller, 2000 a). Os mesmos autores referem que as dadoras deveriam poder conhecer os critérios de avaliação dos receptores, uma vez que algumas manifestam preocupação de não contribuir para o nascimento de uma criança que possa vir a ser negligenciada.

Embora seja quase consensual a ideia que, uma vez doados os gâmetas ou embriões, o casal receptor passa a deter todos os direitos sobre eles, para estes autores, caso de verifique a existência de reservas por parte das dadoras, elas deverão ser respeitadas.

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; Reis; Collins; Blankstein; Kanoti & Quigley (1990); Söderström-Anttila (1995) e Partrick; Smith; Meyer & Bashford (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 seu desfecho, referindo não ter pensamentos obsessivos ou preocupações sobre a existência de descendência.

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, embora cerca de metade dessas não tivesse objecções a que a criança as contactasse no futuro.

Noutro estudo de Perks & 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% tencionava 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 e só 52% gostaria de saber se tinha nascido uma criança. Apenas 42% pretendia tomar conhecimento caso tivesse ocorrido 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.

Kirkland; Power; Burton; Baber; Studd & Abdalla (1992) realizaram um estudo com 35 dadoras e 60 receptoras, no sentido de avaliar as atitudes face ao segredo, anonimato, revelação das suas origens à criança, e contacto futuro entre dador e criança. Os autores consideraram estes aspectos como sendo os mais relevantes a avaliar com as dadoras, dado serem os temas repetidamente referidos pelos intervenientes aquando do aconselhamento. Verificaram que 86% das dadoras e 74% casais contou a pelo menos uma pessoa e que 63% das dadoras faria a doação mesmo que o casal conhecesse a sua identidade. Só 23% dos casais aceitaria a doação se a dadora conhecesse a sua identidade. Das dadoras inquiridas, 54% preferia que criança não as contactasse, e só 12% era a favor desse contacto. Neste estudo 50% das mulheres receptoras manifestava a intenção de revelar as origens à criança, pelo que se antevê que em situações semelhantes tal discrepância possa ser um factor de risco, dado o previsível desejo da criança de querer conhecer a sua progenitora biológica aquando da maioridade.

O aspecto mais polémico na doação de gâmetas prende-se com a existência de retribuição financeira. Na maior parte dos programas de doação é prática corrente participar as dadoras, pelos custos e riscos associados ao tratamento. Esta contrapartida, seja na forma de retribuição pelas despesas e perdas de remuneração, seja pela própria doação de gâmetas (como parece existir nalguns programas dos EUA), é uma das questões mais vivamente debatidas nos últimos anos.

O facto de nesse país haver uma maior abertura social quanto aos aspectos relacionados com o recrutamento, selecção e compensação das dadoras, tem dado origem a um conjunto de artigos que esgrimem argumentos a favor, ou alertando para os riscos dessa compensação.

Foi em 1984 que pela primeira vez se remunerou com 250 dólares mulheres participantes em processos de Inseminação com esperma de dador e posterior lavagem para remoção de embriões.

Sauer (1997), reportando-se à realidade dos EUA, refere que lhe parece ingénuo presumir a possibilidade de um consenso sobre a matéria, não se antevendo a regulamentação desse aspecto específico, ao contrário do que foi efectivado para outros aspectos médicos e éticos. Assim sendo, as “leis” da oferta e da procura continuarão a regular de forma pragmática os valores de compensação pela doação de ovócitos. O autor refere que o reembolso pela doação de gâmetas decorreu da prática já existente, de recompensar indivíduos participantes em pesquisas clínicas. A subida nos pagamentos não deixa de estar ligada às exigências em tempo e compromisso dos actuais protocolos de doação de ovócitos.

Para os que defendem a existência de uma compensação, os argumentos avançados prendem-se com o facto da dadora utilizar muito do seu tempo, e se envolver num processo que tem riscos e custos. A não existência de alguma recompensa pode ser considerado como uma forma de exploração e para alguns, trata-se de um reconhecimento simbólico do acto de doar (Englert, 1996; McLaughlin *et al.*, 1998).

Craft (1997) manifestava o desejo pessoal que a doação não tivesse uma contrapartida financeira, para além das despesas e custos da dadora. Refere porém estar consciente do risco de tal atrasar, ou mesmo impossibilitar, o tratamento de um número cada vez maior de mulheres. Reconhecia também o perigo de se contribuir para a emergência de organizações intermediárias entre as dadoras e os casais. Advogava por isso a necessidade da existência de uma organização nacional de recrutamento de dadores, com pessoal técnico próprio, que permitisse que este processo fosse respeitado e aceite publicamente. Defendia também a existência de um “*inconvenience allowance*”, que recompense os dadores de forma realista e ajustada, porque é muito superior o preço que os casais pagam pela sua infertilidade, para além da perturbação psicológica e familiar que ela acarreta.

A HFEA¹⁶, entidade que na Grã-Bretanha regulamenta e fiscaliza a R.M.A e a pesquisa em embriões, estabelecia em 1997 a implementação progressiva de um regime de não compensação para a doação de esperma, excepto no que se referia a despesas “razoáveis” (Johnson, 1997). Nesse sentido, defendia que a doação altruísta deveria ser encorajada, pois a compensação punha em causa a existência de um verdadeiro consentimento informado. Por outro lado, argumentava que essa abolição conduziria a uma maior aceitação pública e tomada de consciência da necessidade social de doação de gâmetas.

Pennings (1997) contrapôs fortemente a esta perspectiva de regulamentação, defendendo ser a retribuição financeira uma das regras fundamentais na doação de esperma, pelo que a sua alteração modificaria o significado simbólico desse acto. Por outro lado, para o autor a questão do pagamento é apenas uma questão moral e não uma questão ética. O acto implica a doação de material genético com vista a permitir que um casal realize o desejo de ter filhos, pelo que o dador é alguém exterior que não tem direitos nem responsabilidades na nova família criada. Assim, a doação anónima e recompensada estabelece uma clivagem entre o dador, o material genético e os receptores, que não têm motivo para recear uma intrusão na sua vida familiar. Nesse sentido, o dador com uma motivação essencialmente financeira corresponde de forma mais ajustada a essa necessidade. Ao privilegiar-se a motivação não financeira, corre-se o risco do aparecimento de dadores que poderão ter como motivação alguma forma de paternidade, colocando-se a questão de qual ser a motivação mais aceitável.

Se alguns autores como Daniels (1998), clamam pela responsabilidade social dos dadores de gâmetas, Pennings (1997) refere que ela deve ser desencorajada, porque se o dador deverá ter preocupação e empatia para com casal infértil, não deve contudo envolver-se a ponto de desejar ter um papel diferente daquele que dele se espera.

Também contra essa regulamentação se insurgiu Sauer (1997 b), argumentando que as restrições severas na recompensa financeira conduzem inevitavelmente ao declínio da doação de ovócitos. Refere de forma implícita

¹⁶ *Human Fertilization and Embryology Authority.*

existir duas moralidades, pois a doação de esperma tem sido objecto de pagamento desde há décadas, sem ser questionada.

Poderá alegar-se que os valores de recompensa são muito baixos, contudo o compromisso exigido na doação de ovócitos é significativamente maior. De forma humorística, o autor adianta que se a colheita de esperma fosse feita por biopsia testicular, decerto que o suprimento de dadores, mesmo recompensados, cairia drasticamente. É por isso que as mulheres que se sujeitaram a uma estimulação e punção de ovócitos, entendem e aceitam que a compensação seja um factor importante na decisão das dadoras.

Sauer (1997 b) alertava também para outra consequência das restrições ou da ilegalização da doação de gâmetas, que é o sobejamente conhecido “turismo reprodutivo”, através do qual os casais procuram noutros países a solução que não conseguem no seu.

Guerin (1998) apresenta a metodologia de doação de esperma em França. Ela é anónima e sem recompensa, para além das despesas de viagem, e apenas permitida a homens que já foram pais. Refere que é possível conseguir dadores nessas condições, embora tenha como consequências o aumento do tempo de espera, a necessidade dos receptores se envolverem no recrutamento de dadores para a doação anónima personalizada, o perigo de se ter que aceitar esperma de má qualidade, e a partilha da amostra entre vários casais, diminuindo a percentagem de sucesso nos tratamentos.

Para Marina *et al.* (1999), a compensação deveria ter em conta o número de horas dispendido em deslocações e tratamentos, recompensando a dadora nos mesmos valores que receberia se estivesse a trabalhar¹⁷. Para os autores, as estudantes universitárias são a fonte ideal para doação porque habitualmente pertencem à classe média/média-alta, e não costumam apresentar necessidades económicas urgentes. Este é mesmo um dos motivos porque 45,6% das candidatas do seu programa abandonam o tratamento, apesar da compensação providenciada. Também Weiss; Mangieri; Josephs & Cholst (2001) encontram uma elevada percentagem de desistências do processo em mulheres jovens.

¹⁷ Com base em estimativas de 1993, a dadora gasta cerca de 56 horas nos procedimentos associados à doação (ASRM, 2000).

Sauer (1997 a) interrogava-se se jovens de 21 anos terão a vivência e perspectiva suficiente para lhes permitir dar um consentimento informado, no entanto contrapunha que esses mesmos sujeitos têm todos os direitos legais de fazer escolhas autónomas sobre tratamentos médicos, IVG ou doação de órgãos. O que é evidente é a necessidade das instituições clínicas promoverem um verdadeiro aconselhamento dos riscos dessa decisão.

Lamentavelmente, pelo menos num estudo piloto feito no sentido de avaliar o nível de informação sobre os riscos do processo, providenciado telefonicamente às potenciais dadoras, Gurmankin (2001) constatou que a maioria dos programas facultava informação incompleta ou incorrecta, pelo que alerta para a necessidade de se regulamentar os moldes em que esta é prestada.

Entretanto, Sauer (1999) clamava contra a escalada na recompensa ocorrida nos EUA, para valores que considerava “indecentes” (na ordem dos \$5,000 dólares), e, apesar de sempre ter defendido a compensação das dadoras, apenas encontrava justificação para esse aumento tratando-se de uma “compra de gâmetas”, numa clara violação do estabelecido pelo Comité de Ética da *ASRM*. Outro aspecto não menos importante é que esses custos acabam por ser suportados pelos casais, aumentando ainda mais os montantes do processo.

É provável que o aumento da contrapartida tenha como consequência uma potencial exploração de mulheres de estrato sócio-económico baixo, afirmando alguns autores que tendencialmente as dadoras pertenciam à classe desfavorecida dos EUA (Englert, 1996). Talvez este factor explique as características sócio-demográficas reveladas pelos primeiros estudos feitos nos EUA, bem como a existência de psicopatologia e história de perturbação familiar grave. Este aspecto pode “contaminar” em maior ou menor grau as suas motivações, pelo que a boa prática desaconselha a aceitação de dadoras em situação económica graves, como forma de evitar o peso constrangedor dessa necessidade e possibilitar um verdadeiro consentimento informado.

Dado o aumento da compensação para os 5,000 dólares, (ou quantias mais elevadas para as dadoras de elite, recrutadas directamente na Internet pelos casais interessados), German; Mukherjee; Osborne & Copperman (2001) realizaram um estudo no sentido de perceber se esse aumento se reflectia nas características das

potenciais dadoras. Analisaram os casos de aceitação e rejeição de candidatas (2934 mulheres antes e 1114 após o aumento da compensação), utilizando um questionário sócio-demográfico e após uma primeira triagem, uma bateria de testes no qual se incluiu testes de personalidade, de inteligência, e uma escala de eventos de vida. Os resultados obtidos, revelaram não ter havido alteração nas características sociais e epidemiológicas na população de dadoras como consequência do aumento na compensação financeira.

Todos os argumentos atrás abordados foram objecto de um relatório da Comissão de Ética da ASRM (2002 b), no qual se dava conta das preocupações relacionadas com o incentivo financeiro à doação de gâmetas, quer na doação anónima como no *egg-sharing*. Realçava-se no relatório que ambos os processos possibilitam a emergência de exploração das necessidades financeiras das dadoras e casais, ou a eventual omissão de informação médica relevante para a sua saúde e da sua descendência, pelo que pagamentos elevados aumentavam o risco das dadoras não tomarem em consideração todos os aspectos, médicos, psicológicos e éticos, decorrentes da sua decisão. No entanto, advogava-se que, tal como noutras situações de doação de tecidos e órgãos humanos e nas pesquisas médicas, o dador deveria ser ressarcido das despesas e custos decorrentes da sua doação.

Porém, a Comissão de Ética alertava que:

“Compensation based on a reasonable assessment of the time, inconvenience, and discomfort associated with oocyte retrieval can be distinguished from payment for the oocytes themselves” (ASRM, 2002, p 217).

Justificando essa participação, afirmam que os riscos físicos e psicológicos, embora reais, não são de molde a implicar a limitação da capacidade de decisão das mulheres.

Posteriormente, a mesma entidade reafirmava que a compensação da dadora deve reflectir o tempo, inconvenientes, as exigências a nível físico e emocional, bem como os riscos associados, mas manter-se a um nível que minimize a possibilidade de induzir à doação, ou possa sugerir que o pagamento é relativo aos gâmetas em si (ASRM, 2002).

Fazendo referência à decisão da *HFEA* de permitir novamente a comparticipação financeira para os dadores (na sequência do decréscimo acentuado do seu número), Daniels (2000)¹⁸ defende que esse facto por si só não deverá ser encarado como um estímulo a esse molde de recrutamento. Para este, há que ter em consideração que a crescente tendência para permitir a identificação do dador traz novos desafios, pelo facto dos descendentes serem confrontados com uma motivação financeira por parte do progenitor biológico. Este facto pode impossibilitar a manutenção da ideia de um dador altruísta e empático, que ajudou a criar uma nova família – o *script* mais utilizado pelos casais que decidem contar aos filhos as condições da sua concepção.

Em 2004, a comissão de Ética e Lei da *ESHRE* reafirmou que, por princípio, não deverá haver lugar à contrapartida pela doação de material biológico, defendendo que o valor intrínseco da dádiva e solidariedade é superior aos aspectos positivos, se bem que utilitários, do aumento de compensação. Contudo, estabeleceram que se mantenha uma compensação razoável pelo esforço do dador, embora a níveis que não conduzam ao desaparecimento de dadores não recompensados, ou à omissão de informação relevante para o processo.

Uma das soluções encontradas na Grã-Bretanha para ultrapassar esse risco foi o estabelecimento de uma lei do código civil que determina:

“...if a donor knowing (but not explicitly) withholds relevant family or medical information and the resulting child is born disabled as a direct result, the child has a legal claim of damages” (Tizzard, 2002, p. 78).

Para terminar esta reflexão sobre os aspectos éticos associados à Reprodução Assistida, não podemos deixar de constatar que, em algumas circunstâncias, esta parece ter conduzido a sociedade numa direcção moral ou eticamente condenáveis.

Apesar das questões complexas que se nos colocam, concordamos com Fasouliotis & Schenker (2000) quando afirmam não ter sido a R.M.A. a criar muitas destas questões.

¹⁸ Na impossibilidade de aceder ao artigo original do autor, tomou-se como referência o trabalho de Blyth (2002) sobre os resultados por ele apresentados.

A sociedade em geral tem que aceitar que a noção de “família tradicional” como única e desejável já não existe. As suas fronteiras ampliaram-se no sentido de incluir as diferentes alternativas de geração, gestação e parentalidade e estas são a essência das questões éticas. A evolução tecnológica da R.M.A. não ocorre à revelia do contexto social mas configura-se como uma resposta às expectativas e necessidades dominantes nas sociedades ocidentais.

1.4. Doação de esperma e ovócitos – Gâmetas sim...mas diferentes!

Conhecendo-se desde a Antiguidade a possibilidade de doação de esperma, o primeiro caso referenciado ocorreu em 1909 (Daniels, 2000) e a sua utilização médica mais alargada começou a ser feita, embora em segredo, por volta dos anos 30 (Frith, 2001). Segundo os dados mais recentes da *HFEA* (2004 a), na Grã-Bretanha no ano de 2001, foram realizados 3,500 tratamentos com esperma de dador, tendo resultado no nascimento de 800 crianças.

As indicações desta técnica incluem a anomalia morfológica no sémen, anomalias genéticas e disfunções ejaculatórias. De forma paralela, o uso desta técnica tem vindo a aumentar por solicitação de mulheres *single* e casais de lésbicas. Esta procura levou ao aumento do número de bancos de esperma associados ou não a clínicas de RMA.

A avaliação dos dadores é extremamente rigorosa do ponto de vista médico, no sentido de prevenir a transmissão de doenças infecciosas ou genéticas, havendo sempre lugar à criopreservação de esperma, para permitir salvaguardar o período de janela. A compensação para os dadores varia entre programas e países, de acordo com a legislação e orientações vigentes.

Apesar deste cuidado na avaliação médica, pouca atenção tem sido dada aos aspectos psicológicos associados, como sejam a motivação, o ajustamento pós-doação, etc. O facto de ser um processo isento de riscos físicos e circunscrito

no tempo, leva a que muitos programas não incluam a avaliação e aconselhamento psicológico do dador.

De um ponto de vista racional, a doação de ovócitos e de esperma são equivalentes face ao que representam: a doação de gâmetas. Contudo, as semelhanças ficam-se por aí...

Uma diferença essencial tem a ver com o modo como os diferentes processos se desenrolam. Se a doação de esperma é um processo simples, o mesmo não se pode dizer da doação de ovócitos, que implica desconforto físico, não sendo totalmente isento de riscos embora as complicações decorrentes sejam raras.

Applegarth & Kingsberg (1999), referem que a doação de esperma tem sido frequentemente associada com:

“deviant” sexuality (masturbation, adultery, illegitimacy), though paradoxically the actual nature of sperm donation was subsequently used to justify the acceptance of oocyte donation. The assumptions about gender and reproduction lead to oocyte donation’s being considered in a familial, clinical, and asexual context, whereas sperm donation is seen in an individualistic, unregulated context of dubious sexual connotations”(p.360).

A Comissão de ética da ASRM (2003) constatou que em 1992, a maioria dos programas aceitava a doação de ovócitos entre irmãs, mas só 43,3% aceitava a doação de esperma entre irmãos. Em 1998, 90% dos programas já aceitava a doação entre irmãs e 80% a doação entre amigas, mas só 60% aceitava a doação entre irmãos.

Segundo Englert *et al.* (2004), um estudo de Sauer revelou que 86% de mulheres e 66% dos seus parceiros mostraram-se favoráveis à doação de ovócitos pela irmã, contudo esses valores decresceram, respectivamente, para 9% e 14%, quando se tratou da doação de esperma pelo irmão. Para a autora a necessidade dessa doação confronta o casal com uma “infidelidade médica”, ao mesmo tempo que priva o homem da participação biológica na procriação.

Ao contrário, na doação de ovócitos a mulher assume a sua condição de gestante, como tal, aquela que nutre e traz ao mundo a criança. Cumulativamente, esta forma de maternidade pode assumir um carácter reparador para a mulher.

A doação de ovócitos, ao associar-se a técnicas altamente sofisticadas, afasta de imediato qualquer ideia de sexualidade. Noutra perspectiva, a simplicidade da doação de esperma pode facilitar a sua aceitação, havendo alguma interrogação sobre que tipo de mulheres se submete a um processo tão sofisticado, doloroso, e invasivo, recebendo em troca nenhuma ou uma pequena participação financeira.

Não é de desprezar o facto da facilidade da doação de esperma propiciar a que possa haver lugar à sua compra directa (mais vulgarmente via Internet), ou a inseminações caseiras com gâmetas de um conhecido, enquanto a doação de ovócitos implica a existência de uma equipa médica que a realize.¹⁹

Se habitualmente não existe reconhecimento social para os dadores de esperma, porque associada a prazer e a sexualidade, muitas mulheres referem com satisfação que os familiares e amigos se orgulham da sua decisão de doar (Fielding; Handley; Duqueno; Weaver & Lui, 1998). Por esse facto, Guerin (1998) defende que a não existência de recompensa pela doação de esperma também poderia reforçar a imagem social do dador e constituir um benefício a nível narcísico.

Na perspectiva de Applegarth & Kingsberg (1999), é possível conceptualizar que numa amostra de esperma existem milhões de espermatozóides, ao contrário dos ovócitos, que se libertam apenas um em cada mês. Este simbolismo do ovócito como único torna-o mais passível de ser visto como uma potencial criança. Assim, devido aos fortes estereótipos ligados à maternidade, pode ocorrer uma avaliação mais negativa para com as mulheres que doam os seus ovócitos, comparativamente com os homens que doam esperma. Como é esperado que as mulheres tenham uma ligação mais forte com os seus gâmetas, as dadoras de ovócitos podem ser vistas como menos maternais.

Crê-se que foi na sequência da aceitação da doação de esperma que, por arrastamento, ocorreu o mesmo para a doação de ovócitos, daí que houvesse uma preocupação em estabelecer comparações entre as duas populações. Pouca investigação tem sido feita sobre a personalidade e as motivações dos dadores,

¹⁹ *Recentemente numa revista de grande circulação em Portugal foi ensinado o método de Inseminação caseira, para ser utilizado por casais de lésbicas.*

quando parecia importante fazê-lo, porque alguns homens se arrependem de o ter feito quando se tornam pais (Schover; Rotmann & Collins, 1992). Para evitar esse risco, a prática da doação de esperma em França implica que o homem já tenha sido pai, e que se encontre numa relação conjugal (Guerin 1998).

Schover *et al.* (1992) realizaram o único estudo encontrado sobre personalidade de dadores de esperma, avaliada através do *MMPI (Inventário Multifásico de Personalidade Minnesota)*²⁰. Se até esse momento a maioria dos estudos nos EUA mostravam que 75% dos dadores tinham uma motivação financeira, a eliminação dessa contrapartida revelou um grupo de dadores cuja decisão teria sido influenciada pelo conhecimento próximo de situações de infertilidade, como compensação para perda pessoal, ou pela existência de história pessoal de doação de sangue.

Schover *et al.* (1992) e Fielding *et al.* (1998) referem que, comparativamente às dadoras, os dadores de esperma revelavam um nível educacional mais elevado, melhor ocupação profissional, tendiam a não ser casados e a não ter filhos. A motivação financeira era referida por 71% dos candidatos (estatisticamente diferente da motivação altruísta das dadoras). No geral manifestavam pouca preocupação com o processo e o seu impacto futuro. Quanto a resultados no MMPI, foram encontradas diferenças significativas comparativamente a uma amostra de dadoras, com os homens a revelar um valor mais baixo na escala de psicopatia e isolamento social. Não foram encontradas diferenças quanto a história de perturbação familiar.

Bell; Robins; Eckert & Thomas (2001) avaliaram a motivação e atitudes face a eventuais descendentes, com base numa amostra de 112 dadoras e fizeram uma meta-análise baseada na literatura sobre dadores de esperma. Os resultados mostravam que 95% das dadoras referiram uma motivação altruística contra apenas 53% dos dadores de esperma. Tal como encontrado por Fielding *et al.* (1998), as mulheres estavam significativamente mais interessadas e preocupadas com o sucesso do processo, e em saber o resultado da gravidez (96% contra 55%). Também 11% das mulheres referiu sentimentos de responsabilidade face a

²⁰ O MMPI é um Inventário de personalidade destinado a avaliar psicopatologia.

eventuais crianças resultantes do processo, mas a maioria definiu-os como estando relacionados com questões médicas.

Baetens (2002) relata que na sua amostra algumas dadoras manifestavam alguma ambivalência sobre a ideia da criança a nascer, sentindo o desejo de se assegurarem que ela estava bem cuidada, sendo esse o motivo que as levou a optarem pela doação a conhecidos.

Fielding *et al.* (1998) clamavam que as diferenças de atitudes e motivações encontradas entre os homens e mulheres dadores de gâmetas, apenas se relacionam com distintas estratégias de recrutamento e participação.

Em resumo, pode afirmar-se que, de um ponto de vista simbólico, a doação de esperma e ovócitos é avaliada e sentida de modo diferente pelos dadores, receptores, pessoal médico e população em geral, influenciando todos os aspectos relacionados com o recrutamento, o secretismo e a aceitação social da doação de gâmetas.

1.5. Avaliação e aconselhamento na doação de ovócitos

1.5.1. Guidelines

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 *HEFA* informa os potenciais dadores que a lei estabelece a necessidade de um consentimento informado por escrito, para a utilização e conservação de esperma, ovócitos e embriões deles resultantes. Também adverte que as unidades são obrigadas a oferecer aconselhamento antes do consentimento, não sendo contudo os dadores obrigados a ele se submeter (*HFEA*, 2004 b).

A *ASRM* e a *ESHRE*, como já referimos 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 *ESHERE* (Baetens, 2002) apenas dão indicação quanto aos objectivos do aconselhamento na doação anónima, voluntária:

- informar profundamente sobre os procedimentos associados ao tratamento e as suas consequências e riscos para a dadora;
- avaliar a motivação da dadora, e a sua capacidade para lidar com a incerteza, uma vez que habitualmente não é informada dos resultados do processo; perceber se existem expectativas irrealistas sobre o processo, nomeadamente quanto a compensações psicológicas;
- informar a dadora sobre a utilização dos ovócitos em termos gerais, e a importância de, após a tomada de uma decisão consciente, respeitar o protocolo médico estabelecido;
- avaliar a existência de consentimento e apoio por parte do marido/companheiro.

Estas *guidelines* alertam ainda para a necessidade de se prestar especial atenção para uma história de trauma e fragilidade emocional, não para que isso constitua motivo de exclusão, mas porque pode existir uma predisposição para sentir mais *stress*, daí a necessidade de ser providenciado um maior suporte durante e após o tratamento.

As *guidelines* da *ASRM* (2002 a e 2004 b) recomendam que o processo de avaliação dos dadores 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 na 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. Deverá ser avaliada a existência de potenciais riscos psicológicos ou coerção (financeira ou emocional) e o dador também deverá ser informado sobre todos os aspectos relacionados com a utilização dos gâmetas e embriões deles resultantes.

Como exemplo, apresentamos um protocolo de selecção de dadoras baseado nas orientações da *ASRM* (Gorril; Johnson; Patton & Burry, 2001), envolvendo as seguintes fases:

- Publicação de anúncios nos jornais da comunidade e das universidades locais;
- Contacto telefónico pelas dadoras;
- Envio às candidatas de informação sobre os procedimentos e riscos médicos associados ao processo;
- Preenchimento de questionário detalhado sobre a história médica e familiar
- Análise do perfil genético da candidata e dos parentes em 1º grau;
- Na sequência da aprovação nas fases anteriores, a candidata é convidada a integrar um grupo de aprendizagem, orientado por um médico, onde são abordados aspectos relacionados com as indicações para a doação de ovócitos, fisiologia da ovulação, explicação do protocolo, aspectos laboratoriais relacionados com a FIV, probabilidades de sucesso para o casal receptor, e o custo do ciclo. São igualmente abordados aspectos éticos relacionados com o congelamento de embriões e o destino futuro dos embriões excedentários. Sublinham-se aspectos relacionados, como efeitos secundários da medicação, riscos associados ao procedimento, abstinência ou contracepção adequada. É no seio deste grupo que são abordados os aspectos psicológicos associados à doação de ovócitos e também são discutidos os aspectos relacionados com a compensação financeira;
- Só depois as mulheres são convidadas a seguir o processo de avaliação médica e psicológica. Esta incide na avaliação da estabilidade, a motivação, o grau de educação, vivência de *stress* no momento, história pessoal, avaliação da existência de traumas a nível sexual ou reprodutivo, história legal, e despiste de doença mental da própria ou da família.

Um dos primeiros objectivos da avaliação é salvaguardar o casal receptor. A entrevista clínica deve possibilitar o despiste, quer na dadora como na família mais próxima, de psicopatologia que se pensa ter origem genética. Também a avaliação do estilo de vida poderá indiciar existência de comportamentos de risco de transmissão de doenças como o HIV ou hepatite.

É importante que as dadoras compreendam e sejam capazes de cumprir as exigências do tratamento. Segundo Applegarth & Kingsberg (1999), uma história pessoal de instabilidade a nível escolar, afectivo e profissional, aumenta a possibilidade da dadora desistir ou não seguir de modo correcto as exigências do protocolo, com os riscos e inconveniente que isso acarreta para a própria e para o casal receptor.

De acordo com Garrido; Zuzuarregui; Meseguer; Simon; Remohi & Pellicer (2002) uma preocupação comum nos casais que recorrem a tratamentos com doação de gâmetas, é o grau de segurança da metodologia utilizada na avaliação e selecção dos potenciais dadores. A maior preocupação prende-se com a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, de doenças hereditárias, e só depois surgem as características psicológicas e culturais do dador. Os autores afirmam que se a origem étnica não pode por si só prevenir a existência de doenças, estão convictos que um alto nível educacional, nomeadamente no que concerne a uma boa educação sexual, pode reduzir a incidência de DST. Nesse sentido, promovem a selecção de dadores entre uma população estudantil, teoricamente mais consciente dos riscos de relações sexuais não protegidas.

Noutra perspectiva, e talvez o aspecto mais importante na avaliação e aconselhamento, deverá ser salvaguardo o bem-estar psicológico da dadora, com o despiste de factores que possam levar a que o processo seja danoso em termos actuais ou futuros. Para isso, deverá haver lugar à compreensão das suas motivações, à avaliação da sua história pessoal e da estabilidade emocional que apresenta no momento. Paralelamente, torna-se fundamental um aconselhamento profundo das implicações psicológicas, éticas, médicas e jurídicas do processo, para que a mulher possa dar um verdadeiro consentimento informado.

Segundo Applegarth & Kingsberg (1999):

“Donors who are motivated to participate in order to gain restitution for a perceived loss or mistake in the past may be at risk for emotional disappointment or regrets about giving away a potential child. Women and men who donate gametes, fantasizing that the donation gives them a sense of biological immortality or provides them the narcissistic pleasure of having provided the world with an offspring, may have problematic or inappropriate motivations to donate” (p. 366).

Nesse sentido, deverão ser percebidas as motivações e expectativas desajustadas e irrealistas face ao processo, e avaliado em que medida a candidata está em condições psicológicas e sociais para entrar em processo. Situações de conflito familiar ou conjugal e outros factores de *stress* excessivo podem impedir a dadora de tomar uma decisão consciente.

Também é importante avaliar em que medida a candidata se sente coagida a doar por questões financeiras. Embora a participação exista e possa ser a maior motivação da mulher, uma necessidade extrema deverá desaconselhar a entrada em processo, ou o seu adiamento até que a mulher resolva as dificuldades de outra forma. Também deverão ser objecto de cuidadosa análise as situações de doação não anónima, despistando a existência de coação afectiva ou ambivalência face à doação. Se necessário, caberá à instituição assumir o ónus da não realização do processo, protegendo dessa forma a relação afectiva entre os intervenientes.

Em sùmula, por tudo o que temos vindo a referir podemos afirmar que na prática clínica se estabelece inevitavelmente uma dupla relação de avaliação e aconselhamento, que deverá ser consciencializada por parte dos técnicos que a fazem, no sentido de se assegurar de modo adequado o trabalho com esta população (Kalfoglou & Geller, 2000 b).

1.5.2. Parâmetros orientadores para selecção de dadoras

Lewis; Saller; Kouides & Garza (1999) apresentam os resultados de um inquérito feito a clínicas dos E.U.A, quanto aos parâmetros estabelecidos para a doação de ovócitos. A idade tende a ser mais estrita nos programas de doação anónima do que nos programas de doação directa. Os limites encontrados foram de 19-34 anos na doação anónima e 35 anos na doação directa. Contrariamente, verificou-se uma maior abertura quanto ao número de ciclos possíveis e descendentes nascidos para cada dadora, sendo que só 49% dos programas estabeleciam esses limites. O número de nascimentos permitidos variava entre 1 e 10, com cerca de metade dos programas a estabelecer um máximo de 3 descendentes. Essa limitação também pode ser obtida estabelecendo o número de

doações possíveis, com 66% das instituições a definirem o limite de 1 a 3 ciclos por dadora.

Curie-Cohen²¹ estabeleceu um modelo matemático que determina a probabilidade de consanguinidade inadvertida, estabelecendo que, para a população dos EUA, seria necessário que um dador de esperma tivesse originado uma média de 292 descendentes para que essa probabilidade se concretizasse. Assim sendo, ela será muito mais reduzida no caso da doação de ovócitos, dada a limitação fisiológica quanto ao número de ciclos possíveis para uma dadora. As orientações da *ASRM* recomendam um máximo de 25 nascimentos por dador numa população de 800,00 habitantes (*ASRM*, 2004 c). Não existem estudos sobre outros países, embora a generalidade dos autores refira que a probabilidade de consanguinidade inadvertida é muito baixa.

Na maioria dos programas é dada preferência a mulheres com filhos, não sendo factor de exclusão a sua inexistência. Este aspecto prende-se com a potencial fertilidade da candidata, mas cremos que também deverá ser tido em conta como um factor preventivo de arrependimento e perturbação emocional após a sua própria maternidade. Noutra perspectiva, McLaughlin *et al.*(1998), defendem não ser desejável que mulheres que nunca foram mães entrem em processo de doação para evitar o risco, por mínimo que seja, que isso possa pôr em causa a sua fertilidade futura.

Quanto a características psicológicas, Lessor *et al.* (1993), referem que no programa descrito, algumas mulheres não foram aceites em função dos resultados da entrevista e do MMPI. Por vezes a existência de factores de *stress* desaconselha a entrada em processo, quer para protecção da própria dadora, quer para prevenir a desistência a meio. Apenas uma mulher foi rejeitada com base apenas nos resultados do MMPI, por se suspeitar da existência de doença bipolar.

No que se refere aos parâmetros relativos a doença mental, nomeadamente esquizofrenia e outras desordens psiquiátricas mais graves, isso constitui motivo de exclusão em 62% dos programas (Lewis *et al.*, 1999).

²¹ Citado em Lewis *et al.* (1999).

Num estudo retrospectivo com 607 dadoras realizado por Kump; Licciardi; Krey; Noyes; Grifo & Berkley (2003) utilizando o MMPI-2 e entrevista clínica, 63 mulheres foram rejeitadas com base nos testes psicológicos e na entrevista clínica. Destas, 18% foram rejeitadas por história familiar de doença mental significativa, suicídio, abuso de substâncias, dificuldades de aprendizagem e 45% foram excluídas por terem uma história pessoal similar. Outras razões para exclusão foram perturbações resultantes de abuso físico e sexual, imaturidade e discordância conjugal quanto à doação. Destas 63 potenciais dadoras, só 6 foram excluídas com base nos resultados do MMPI-2 por si só, mas que foram confirmados pela entrevista.

Algumas das indicações de exclusão expressas pela Sociedade ASRM levaram a que se estabelecessem *guidelines* de orientação. Sintetizamos em quadro as linhas orientadoras para a tomada de decisão quanto à aceitação para o processo de doação.

INDICADORES POSITIVOS	INDICADORES NEGATIVOS
Ausência de psicopatologia com significado	Psicopatologia significante no eixo I e II
Ausência de factores de <i>stress</i>	Vivência de factores de <i>stress</i> significativos
Uso de estratégias de <i>coping</i> adaptativas	Estilo de vida caótico, impulsividade, <i>coping</i> inadequado e práticas sexuais de risco
Capacidade para dar consentimento informado e compreensão do protocolo médico	Incapacidade de dar consentimento informado: ex. não perceber aspectos genéticos relacionados com o processo.
Existência de relações interpessoais ou maritais estáveis e suporte social adequado	Instabilidade conjugal e falta de suporte social
Estabilidade económica	Dificuldade económicas capazes de constringer à doação
Resultado de testes psicológicos dentro da norma	História de doenças psiquiátricas hereditárias ou abuso de substâncias e uso actual de medicamentos psicotrópicos
Estabilidade educacional e profissional	Percurso pessoal errático a nível educacional ou profissional
	História pessoal de abuso físico sem tratamento psicoterapêutico

Quadro 1 – Indicadores para aceitação de dadores – *Adaptado de Applegarth & Kingsberg (1999)*

As objecções por parte do companheiro desaconselham o processo de doação, pois este não deve interferir ou criar instabilidade na vida pessoal da dadora. Sempre que há motivo para não-aceitação deverá ser providenciado uma sessão de *follow-up*, onde serão esclarecidas as razões para a decisão, havendo a preocupação de proteger a auto-estima da candidata, e eventualmente referenciação para tratamento psicoterapêutico.

1.6. Aspectos psicológicos e sociais na doação de ovócitos

Neste capítulo iremos fazer uma abordagem das investigações sobre motivações e características psicológicas e sociais presentes nas dadoras. Como se trata de uma técnica que se iniciou em 1984, foi-nos possível fazer uma resenha englobando os estudos pioneiros, o que permite ter uma ideia da evolução do objectivo das investigações. Iremos igualmente resumir um conjunto importante de estudos que pretenderam determinar a existência de psicopatologia nesta população, havendo a realçar que se trata de um objectivo de investigação que tem vindo a diminuir nestes últimos anos.

Fazendo uma análise retrospectiva dos estudos sobre os aspectos sociais, demográficos e psicológicos subjacentes ao processo de doação, encontramos duas grandes linhas de análise. 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 clínicas.

Assim, se nos primeiros tempos as investigações se centravam nas questões da motivação e na personalidade das mulheres dadoras, evolui-se para o

estudo quer da adaptação após a concretização da doação, quer da avaliação retrospectiva das suas motivações.

1.6.1. Aspectos psicológicos

Alguns dos primeiros estudos realizados em França, por Raoul-Duval *et al.* (1992), e Bertrand-Servais; Letur-Konirsch; Raoul-Duval & Frydman, R. (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. Também foram detectados sentimentos de isolamento e ansiedade relacionada com os ovócitos, porque destinados a uma mulher desconhecida.

Os autores estabeleceram um paralelismo entre estes sintomas e os associados à síndrome menstrual. A ansiedade poderá dever-se à perda de uma potencial criança, um sentimento que a mulher pode sentir todos os meses. Assim sendo, esses sentimentos seriam multiplicados pelo facto dos inúmeros ovócitos serem percebidos como eventuais crianças. Conjuntamente foram expressas fantasias relacionadas com a possibilidade dos seus filhos poderem vir a ter relacionamento com os meios-irmãos num futuro longínquo.

Os mesmos autores aprofundam as suas considerações noutra estudo (Raoul-Duval *et al.* 1993), através do qual pretendiam aprofundar as motivações das dadoras, insistindo sobre aspectos relacionados com a representação psíquica

da maternidade, a relação com os filhos, com o companheiro e na procura de outras formas de oblatividade²² somática, como a doação de sangue.

Na maioria dos casos tratava-se de mulheres para quem a doação constituía um movimento oblato e reparador dirigido a uma irmã, cunhada, prima ou amiga, na esperança que elas pudessem aceder “à *la réalisation féminine suprême qu’est la maternité*” (p.767). Também é reafirmado pelos autores que as dadoras se sentiam mais próximas de uma mulher que não pode ter filhos, do que do marido dela.²³

Num estudo interessante, Weil; Cornet; Sibony; Mandelbaum & Salat-Baroux (1994) exploraram as representações de um grupo de dadoras em relação ao ovócito, 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 perspectiva puramente dinâmica, os autores sugerem que subjacente a essa motivação estará o receio de se ser objecto de inveja, surgindo a doação como uma tentativa de acalmar essa inveja destrutiva por parte da mulher infértil. Assim, dando uma parte do que é invejado, essa seria aplacada e a mulher protegeria as suas próprias crianças. Tecendo outras considerações, e porque nalguns casos se tratava de doação entre irmãs, defendiam que a motivação se prendia com a partilha da herança familiar recebida da mãe. Deste modo, a linhagem familiar era reforçada, e a dadora assegurava a posição de tia, dentro do sistema familiar. Na doação directa irmã a irmã, a árvore genealógica é respeitada,

²² “Significação funcional das condutas pelas quais um indivíduo, renunciando ou sacrificando-se a si mesmo, prefere satisfazer as necessidades de outrem” (Dicionário Porto Editora, 1998).

²³ É de salientar que os autores seguem uma perspectiva psicanalítica tradicional segundo a qual a maternidade é vista como essencial para o estabelecimento da identidade feminina. De acordo com Freud, a resolução do conflito edipiano envolve a substituição do desejo de um pénis, pelo desejo de um bebé. Embebendo nesta visão surgiu mais tarde a ideia do “instinto maternal” e a necessidade que a mulher tem de procriar a fim de se sentir realizada. Só na última parte do séc. XX surgiu uma explicação sócio-cultural do desejo de procriar. Assim, a mulher recebe aprovação social ao ter filhos, e a sua ausência é vista como um comportamento desviante e objecto de alguma forma de condenação. Alguns estudos feitos na última década com mulheres inférteis revelam que a motivação para a maternidade está fortemente ligada à expectativa que esta traga felicidade, a um sentido de realização e à existência de uma “identidade segura” (ESHARE, 2001).

pois os avós são-no também biologicamente. As dadoras nunca expressavam a existência de qualquer forma de direito sobre a criança, pois a filiação era autenticada pela gravidez.

Dado em França ser prática generalizada que as dadoras sejam recrutadas pelos casais, não se tem conhecimento de reflexões teóricas numa perspectiva dinâmica, apoiada na prática clínica com dadoras anónimas e “certamente” voluntárias.

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, a morte de parente, com o divórcio dos pais ou com abuso sexual. O autor faz referência a um estudo de Brill & 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; Collins; Quigley; Blankstein & Kanoti (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 de 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 estaria 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 será uma forma saudável de algumas mulheres lidarem com sentimentos relacionados com experiências traumáticas passadas. 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 & 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 genético²⁴, 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. A maior parte expressava sentimentos altruístas sobre a sua contribuição. Segundo os autores, as expressões por elas utilizadas eram “*dar uma oportunidade a outra mulher*”; “*trata-se de ovócitos não utilizados ou necessários*”. Só uma mulher referiu especificamente “*estou a dar uma criança a alguém*”. Quanto ao resultado, algumas mulheres imaginavam uma rapariga, que eventualmente se parecia com elas.

Num estudo retrospectivo com a população total de Finlandesas dadoras de ovócitos, realizado por Söderström-Anttila (1995), é referido que elas encaram o ovócito como uma célula de que não precisam, não estabelecendo nenhuma ligação a uma criança. Contudo, quando questionadas sobre a predisposição para cuidar da criança por morte dos pais, a maioria das mulheres respondeu estar disposta a isso se a criança não tivesse mais família e a alternativa fosse a ida para o orfanato. Para estas mulheres o ter dado à luz e terem crianças era o aspecto mais importante nas suas vidas, e tinham como motivação tornar possível esta experiência a outras mulheres.

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

²⁴ Também Kalfoglou & 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.

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.

Perspectiva diferente têm Weiss *et al.* (2001) que, numa tentativa de perceberem os motivos para a elevada desistência do processo, especulam se o facto de na sua amostra as desistências terem sido de mulheres que nunca fizeram IVG, pode indiciar que as que concretizam o processo têm uma menor ligação aos seus ovócitos.

Kalfoglou & Gittelsohn (2000 a) 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 o desejo de reconhecimento e de reparação massiva. Nessa linha, Kalfoglou & Gittelsohn (2000 a) referem a motivação de duas mulheres, para quem a doação era algo em que eram boas, o que reforçava a sua auto-estima, ao mesmo tempo que lhes permitia ter a atenção dos outros.

Ao contrário, Klock citado por Hershberger (2004), mostra que, no geral, as mulheres estão psicologicamente ajustadas. Também Braveman & Corson (2002) referem que tantas as mulheres voluntárias para serem “hospedeiras de

gestação”, como as dadoras de ovócitos, sejam ou não recompensadas, têm motivações variadas mas que não podem ser consideradas de tipo patológico. No seu estudo, constatou-se a existência de diferenças nas crenças quanto à importância que a herança genética, a gestação e o ambiente, têm para características como peso, altura, inteligência, personalidade, valores e habilidades especiais reveladas pelas crianças.

Candidatas a gravidez de substituição dão maior importância à transmissão genética do que as dadoras de ovócitos. Estas não encaram a inteligência como geneticamente determinada, o que lhes pode proporcionar um maior conforto, ao diminuir o seu papel. Referem sobretudo a importância do período de gestação para o desenvolvimento futuro da criança. Surpreendentemente, características como peso, personalidade, humor, valores, ambição, foram vistas por 50% da amostra como dependendo sobretudo do ambiente, logo atribuindo a maior responsabilidade aos pais sociais. Foi claro que candidatas a doações não desejavam ser “hospedeiras de gestação”, e vice-versa, e que esta opção se relacionava com as suas crenças pessoais sobre o assunto.

1.6.2. Estudos de *follow-up*

Estando estabelecidas as motivações variadas e a existência de diferentes histórias pessoais, tornava-se importante realizar outro formato de investigação, nomeadamente sobre a adaptação psicológica das dadoras, após a concretização da doação. Muitos dos estudos da actualidade têm como objectivo, não já perceber o porquê da decisão, mas o que ocorre depois desse processo.

Schover *et al.* (1990) e Schover *et al.* (1991) realizaram estudos de *follow-up* pretendendo avaliar o impacto do processo na adaptação psicológica das dadoras, 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. Este trabalho teve o mérito de permitir que as mulheres descrevessem a sua experiência de modo aberto, sem estarem limitadas por categorias pré-definidas. 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 women 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).

O autor refere que as mulheres descrevem uma imagem mental do casal receptor, que pode ser caracterizada como uma projecção da sua própria imagem, actual e futura:

“I would hope they are a mature and stable couple. You know, white picket fence, the whole nine yards. Fence in the back yard and a golden retriever. Very intelligent, understanding, well dressed. Petite mother and masculine father” (p. 2742).

Também Kalfoglou & Geller (2000 a) dizem, citando uma mulher, que o facto de não saber nada sobre o casal receptor lhe permitia fantasiar que eles seriam os “pais perfeitos”.

Fielding *et al.* (1998) procurou saber em que medida as mulheres pensavam na criança que pudesse ter nascido na sequência da doação. Das 68 mulheres do seu estudo, apenas 8 referiram nunca pensar no assunto, enquanto a maioria por vezes se interrogava:

“I would like to know if the child was a boy or a girl and if he/she looked like me” e “I don’t think in a negative or a longing way. I just wonder if it worked and hope that recipients are happy” (p. 278).

Também o estudo de Söderström-Anttila (1995) revelou 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.

Tal como foi afirmado em capítulo anterior, a maioria das dadoras manifesta o desejo de saber qual o resultado do processo. Um dos estudos mais detalhados sobre as atitudes e expectativas dessas mulheres foi feito por Kalfoglou & Geller (2000 a). Alertando para a existência de situações em que os ovócitos são utilizados para situações diferentes daquelas que as dadoras desejavam, os autores alertam para a necessidade de avaliar as atitudes face ao uso dos ovócitos doados. Algumas participantes em processos de doação estavam preocupadas com as características do casal receptor e afirmavam não querer doar em situações em que houvesse violência doméstica, conflito conjugal, homossexualidade, ou quando os gâmetas se destinavam a casais mais velhos ou bi-raciais. Também esperavam que houvesse lugar a uma avaliação psicológica dos receptores, quer para despistar essas situações, como para prevenir a incapacidade de aceitação de uma criança com quem não tinham ligação genética.

Embora sentindo que não tinham o direito de fazer exigências face à utilização dos seus ovócitos, algumas mulheres desejavam que não houvesse lugar a IVG no caso de uma gravidez múltipla ou deficiência do feto. Houve pelo menos três mulheres que impuseram condições para a doação: não serem implantados mais de 3 embriões; não haver abortamento de nenhum dos fetos resultantes; não haver lugar à criopreservação, devendo todos os embriões ser implantados ou doados; não haver doação de embriões para pesquisa; educação das crianças resultantes na fé cristã ou doação exclusiva a um casal judeu.

Algumas dadoras mais experientes neste processo, escolheram a opção de doação não anónima, por vezes através de combinação pela Internet, e procediam a alguma forma de selecção dos casais, rejeitando os que:

”seem pushy or arrogant, who used poor grammar in their e-mails, who had poor health habits like smoking, or who seemed too hung up on phenotypic characteristics such as hair and eye color” (Kalfoglou & Geller, 2000 a, p. 662).

Foi referido por algumas mulheres não terem tido oportunidade de especificar durante o aconselhamento, que não desejavam que os embriões excedentários fossem posteriormente doados, pois tinham receio que acabassem por ser destinados a casais com características às quais manifestavam relutância em doar.

Entretanto, aquelas mulheres que manifestavam concordância em que os ovócitos fossem distribuídos por mais de um casal, pretendiam ter essa informação para poderem ter uma ideia sobre quantos descendentes tinham nascido, e dessa forma, se prepararem para a eventualidade de serem contactadas no futuro. Já as dadoras não anónimas pretendiam ter um maior controlo sobre a utilização dos seus ovócitos. Sobre a doação de embriões para pesquisa, 41% consideravam que essa decisão cabia ao casal, mas 13 delas explicitaram o seu desejo que isso não acontecesse.

Quanto à informação sobre o resultado do processo, algumas dadoras referiram sentir-se contentes em saber que a doação teve êxito, e afirmavam que essa informação constituía uma parte da recompensa para a sua dádiva. Ao contrário, nas situações em que houve insucesso referiram não ter sido preparadas para esse grande desapontamento. 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.

Patrick *et al.* (2001) avaliaram 50 dadoras que nos últimos 7 anos tinham feito doação. Todas elas tinham recebido uma retribuição financeira, que 16 participantes consideraram ser necessária para compensar a dificuldade do

processo, embora as que tinham filhos mostrassem maior predisposição para doar sem receber nada em troca. Sobre a adaptação ao processo, cinco mulheres manifestavam arrependimento pela decisão, sendo as razões apontadas o tempo dispendido, preocupação com a vida de uma possível criança ou por terem revelado a outros sobre a doação. A maioria sentia-se satisfeita e altruísta, embora referisse ter o processo sido desgastante do ponto de vista físico e emocional. Apesar de ter havido uma grande compensação financeira, a maioria das mulheres não estava disposta a doar novamente.

Um dos aspectos importantes a referir é que a avaliação que as dadoras fazem do processo está muito ligada ao tipo de cuidados que lhes são prestados pela clínica. Kalfoglou & Gittelsohn (2000) chamam a atenção para a importância do tipo de relação ao longo e após o processo dever ser de molde a que as dadoras não se sintam usadas e descartadas, antes colaboradoras, e da importância de se proceder a estudos de *follow-up* no sentido de aferir do seu bem-estar.

Em estudo mais recente de Jordan; Belar & Williams (2002), refere-se que, embora a grande maioria das dadoras estivesse satisfeita com a doação, um número significativo referiu ter sentido ansiedade e sentimentos negativos durante o processo.

Klock; Stout & Davidson (2002) reportaram em dadoras mais novas e pela primeira vez em processo, a existência de sintomas psiquiátricos pós-doação, acompanhados de uma diminuição da sua auto-estima, mantendo-se contudo dentro dos valores normativos. Este grupo também tendia a ter maior preocupação quanto aos efeitos do processo na sua fertilidade.

Os mesmos autores replicaram este estudo (Klock; Stout & Davidson, 2003), ampliando a amostra e utilizando para isso dados de 153 dadoras anónimas, pertencentes a 6 programas diferentes. Os instrumentos que utilizaram foram a Escala de auto-estima de Rosenberg, o BSI (*Brief Symptom Inventory*), uma escala de ambivalência (adaptada da doação de rim), e duas escalas de atitudes destinadas avaliar a motivação e satisfação após a doação

Cerca de metade das mulheres da amostra revelou ter demorado apenas 1 mês a tomar a decisão de doar, o que os autores consideraram ser pouco tempo para uma decisão tão importante. Este factor estava inversamente relacionado com

a ambivalência face ao processo. Quanto ao estado psicológico, a amostra revelava baixo nível de perturbação psicológica e valores médios de auto-estima.

Para Klock *et al.* (2003), a maioria dos estudos apresentam algumas limitações metodológicas, como sejam, basearem-se em amostras muito pequenas, a que acrescem taxas muito baixas de resposta aos questionários, incluírem simultaneamente dadoras anónimas e não anónimas, e ainda não diferenciarem dadoras que completaram os ciclos das que desistiram.

Estas limitações levam a que não seja fácil estabelecer alguns pressupostos sobre as implicações a longo prazo da doação. Espera-se que mais estudos sobre o tema apareçam, nomeadamente longitudinais, que acompanhem mudanças significativas na vida das dadoras e tragam mais informação pertinente.

1.6.3. Personalidade das dadoras – Em busca da patologia....

Nos E.U.A., 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. Dado que todos os estudos feitos sobre a personalidade das dadoras utilizaram este inventário, parece-nos pertinente descrever um pouco a sua estrutura. Este teste contém um conjunto de 567 questões, empiricamente obtidas, que permitem diferenciar indivíduos com personalidade de tipo “mal adaptativa” e a existência de problemas psicológicos. Ele é útil para gerar hipóteses sobre o funcionamento psicológico, mas não deve ser usado por si só para diagnosticar doença psiquiátrica (Klock *et al.*, 1999).

As escalas clínicas pretendem medir: hipocondria; depressão; histeria; psicopatia; comportamento errático; masculinidade/feminilidade; paranóia; psicastenia; mania; esquizofrenia; introversão. Paralelamente, contém três escalas de validade que mostram a propensão para responder de forma socialmente desejável, a existência de defensividade, e de falsidade na resposta. O resultado das escalas dá origem a um perfil único com um ponto *cut off* de 65, acima do qual se considera existirem problemas psicológicos. Os estudos de validação

mostram que este teste pode diferenciar sujeitos saudáveis de outros com diagnóstico psiquiátrico.

Para a autora, este teste tem o mérito de discriminar os sujeitos que respondem com verdade daqueles que escondem comportamento patológico. Esta é sem dúvida uma vantagem na situação da doação de ovócitos, em que pode haver motivação para dar uma imagem de “boa dadora”.

Um dos primeiros estudos realizado com a população de dadoras foi o de Kelly & 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 esperma do receptor, e posteriormente foi feita uma lavagem intra uterina para remoção do embrião, seguido da respectiva transferência para a receptora. É de referir que as candidatas a este processo doavam não um ovócito, mas já um embrião. Tratava-se de uma situação de maior risco físico, havendo uma maior possibilidade de gravidez não desejada e, conseqüentemente, da necessidade um aborto provocado. Neste grupo, foram encontradas correlação entre os resultados do MMPI e os dados obtidos na entrevista, nomeadamente quanto à existência de disfuncionalidade na família de origem, abuso ou abandono e conflitos no relacionamento afectivo ou conjugal.

Kennard; Collins; Blankstein; Schover; Kanoti; Reiss & Quigley (1989) realizaram um estudo com 13 mulheres, utilizando o SCL-90, com vista a medir os níveis de perturbação psicológica. Consideraram 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) continuaram 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 a terem impulsividade nos comportamentos sexuais. No entanto, os seus interesses “intensamente femininos” permitiam modelar estas características. A escala de validade mostrou que 5 mulheres (38%) tentaram ocultar a existência de conflitos. 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 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*).

As idades da amostra oscilavam entre os 21 e 36 anos e a escolaridade entre os 12 e 18 anos, mais de 2/3 eram casadas, tinham filhos e pertenciam à classe média. 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 mulheres referiam a existência de maus-tratos físicos e 6 terem sofrido abuso sexual.

Os resultados do MMPI revelaram uma amostra de mulheres socialmente convencionais, livre de psicopatologia, com orgulho nas suas capacidades maternas, para as quais o nascimento e o cuidar dos filhos foi 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 focalização nas crianças foram confirmadas pelo SCT. Apesar disso, não revelaram uma assunção de papéis tradicionais femininos ou de submissão, aparentando ser independentes, e com capacidade de manifestar opiniões contrárias às da sua religião.

Neste estudo, das 95 mulheres estudadas, 31% referiram a existência de alcoolismo ou problemas com a bebida num familiar, o que leva os autores a questionarem-se sobre a possibilidade das filhas de alcoólicos desenvolverem comportamentos *care-taking*, consistentes com a responsabilidade e tendência a cuidar que estas mulheres tendiam a assumir na vida profissional. Por outro lado revelavam alto grau de independência e controlo, mostrando uma resiliência inesperada, já referida noutros estudos sobre o alcoolismo.

Noutro estudo retrospectivo com 150 candidatas, Klock *et al.* (1999), tentaram determinar a adequação do MMPI para detectar patologia nas populações de dadoras. Compararam mulheres aceites que concretizaram doação; mulheres aceites mas que não completaram por razões médicas ou outras; mulheres que foram aceites mas desistiram ou não cumpriram o protocolo e mulheres não aceites por questões psicológicas. Constataram com base na história destas dadoras que: 17% tinham sofrido episódios de assalto sexual, 43% feito 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 gênero, 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.

Comparando os diferentes subgrupos, foram encontradas pequenas diferenças, embora estatisticamente significativas. As mulheres que desistiram do processo mostraram ter maior preocupação com a dor e apresentavam queixas somáticas. Aquelas que não foram aceites por razões psicológicas revelaram maior tendência para reconhecer sintomas psicológicos e serem menos defensivas. Também revelaram um padrão de resposta com níveis elevados de depressão, traços obsessivo-compulsivos, pensamento idiossincrático e introversão.

Segundo os autores, as respostas na escala F e K, indicavam que elas reconheciam os problemas psicológicos mas funcionavam de forma adaptativa, recorrendo a estratégias de *coping* adequadas. Os valores elevados na escala K revelavam alguma defensividade mas também força de ego. Para eles, esta característica deverá ser encarada de modo positivo, deixando antever que potencialmente teriam sido boas dadoras, devido à sua capacidade de se defenderem do ponto de vista psicológico, de manterem a distância e fronteiras face aos outros, bem como possuírem força de ego suficiente para “lidarem” com o processo.

Riddle; Applegarth; Josephs; Grill; Cholst & Rosenwaks (2003) também utilizaram o MMPI com um grupo de 436 dadoras anónimas. Apesar do perfil médio da amostra estar dentro dos valores normativos, numa grande proporção de indivíduos foram obtidos valores elevados, nomeadamente na escala de Masculinidade/Feminilidade e Paranóia e Hipomania. Este valor sugere a rejeição de papéis tradicionais, e a predisposição para serem cautelosas e prudentes, se bem que socialmente gregárias. Também constataram a existência de Defensividade/Somatização e Depressão/Introversão em 42 mulheres, embora a

maioria da amostra fosse psicologicamente saudável. Adicionalmente revelaram tendência a um estilo defensivo na resposta aos testes, que segundo os autores se deve à necessidade de mostrarem uma imagem favorável de si próprias.

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. Outra das razões poderá ser porque, tal como dizia Rosenberg (1995):

“We administered the MMPI to a sub sample of our donors and found that it did not provide useful discriminative information over and above what we were able to obtain with a skilled clinical interview” (p. 274).

Pelo referido, a entrevista clínica assume-se como um bom instrumento de avaliação diagnóstica de patologia grave, com a vantagem de permitir aprofundar as motivações das dadoras, “trabalhar” as expectativas irrealistas face a possíveis compensações, e sobretudo permitir o aconselhamento dos aspectos psicológicos e éticos envolvidos.

1.7. Motivação para a doação...altruísmo ou controle do corpo?

Estando suficientemente estabelecida a não existência de patologia na população de dadoras, somos conduzidos à questão sobre que dimensões adaptativas e normativas estão presentes neste processo. Neste ponto iremos apresentar algumas hipóteses teóricas sobre as motivações para a doação, e que vão ao encontro de algumas impressões sugeridas pela prática clínica.

Deparámos com um vazio quanto à explicação da doação com base nos *constructos* psicológicos mais comuns e as tentativas de criar um referencial explicativo utilizam argumentos antropológicos assentes no sistema de trocas sociais.

Uma das explicações sugerida no sentido de explicar a motivação para a doação é a do comportamento altruísta (Applegarth & Kingsberg, 1999), ou seja, a assunção de um comportamento que beneficia outro sem antecipação ou desejo de gratificação externa, e o relacionado com troca e reforço, pelos quais os indivíduos tendem a dar algo, no sentido da obtenção de uma recompensa, seja este processo consciente ou inconsciente.

Em investigações baseadas no processo de doação de órgãos, a tomada de decisão é frequentemente baseada em conceitos morais como “aquilo que deve ser feito”. Por outro lado, os indivíduos encontram grande significado e recompensa através das consequências fortemente positivas para o receptor, bem como a satisfação pela capacidade pessoal de fazer um tão grande “sacrifício” em benefício do outro. Contudo, a satisfação pessoal será menor se o dador não conseguir avaliar as consequências da sua “oferta” ou se não existir um forte investimento afectivo no receptor, condição que ocorre na doação anónima de gâmetas.

Godbout (1997)²⁵ defende existir na sociedade moderna um sistema essencial de troca e circulação de bens ao serviço dos laços sociais, com características algo inéditas. Diz-nos que existe:

“nas sociedades actuais uma moderna esfera específica do dom, o dom a estranhos. Trata-se de um dom “feito a desconhecidos, em que a motivação religiosa não é essencial, e que constitui uma inovação social da humanidade, uma vez que não pertence “nem ao mercado, nem ao Estado, nem ao doméstico”, mas configura um quarto sector, entre o Estado e a esfera privada, relevando de princípios do dom ao menos em parte, e permitindo por outro lado às pessoas vulgares manifestar um altruísmo que ultrapassa a esfera das relações pessoais” (p. 242).

Constituem exemplos desta forma de troca, a doação de sangue, a doação de órgãos e a doação anónima de gâmetas, nas quais se quebra a cadeia tradicional do dom: dar, receber, retribuir.

Parseval (1985) também concordava que tanto os casais estéreis como os dadores de “parentalidade”, permitem reintroduzir nas nossas sociedades o sistema do dom e retribuição, referido desde há séculos. A mesma opinião

²⁵ Referido por Melo in *Genética e Reprodução Humana* (2000).

manifestava Laborie (1985) justificando a existência de retribuição na gravidez de substituição porque:

“Comme, dans nos sociétés, l'équivalent général des échanges est l'argent, il doit lui revenir de l'argent” (p. 113).

Bahadur (2001) defende que o conceito de altruísmo pode ser definido com base em três componentes: um estado motivacional, um objectivo último e o desejo de aumentar o bem-estar do outro. Nesse sentido, o benefício próprio pode estar presente no altruísmo, desde que não seja o objectivo último. Para o autor é este, e não a força da motivação, que distingue o egoísmo do altruísmo. Assim, no seio do altruísmo o benefício próprio é permissível, desde que não seja o fim último.

Também Ahuja *et al.* (1999) afirmam que o interesse pessoal faz parte da natureza humana. Conseguir o equilíbrio entre os interesses pessoais e os dos outros está na base do progresso das sociedades humanas e por isso o interesse pessoal evidenciado pelos dadores pagos não é um acto subversivo que destrói o altruísmo. Assim sendo, mesmo um dador com interesse na recompensa financeira poderá ter uma motivação altruísta se o seu desejo principal for ajudar os outros. Este é sem sombra de dúvidas um dos aspectos reafirmados pelas dadoras de ovócitos, ao longo dos anos, em vários locais e circunstâncias.

Noutra perspectiva, não podemos também deixar de fazer referência a um artigo publicado por Pollock (2003), uma antropóloga dos EUA que fez doação de ovócitos. Trata-se de uma reflexão tendo por base as narrativas de um grupo de dadoras, anónimas e pagas, através da qual, partindo do conceito de poder disciplinar e normativo de Foucault, pretende explicar de que modo a doação anónima joga um papel na preservação do mito da família. Para a autora, a construção da narrativa do altruísmo, acaba por preservar esse mito ao perpetuar a existência de uma motivação altruísta e feminina por parte das dadoras.

A primeira constatação que faz é que as dadoras não pertencem necessariamente à classe oprimida, ou seja, com poucos recursos económicos e logo, com pouco poder. De facto, também concordamos que, apoiados nas *guidelines* para avaliação de dadoras, implicitamente acabamos por seleccionar

um determinado grupo em função de critérios mais ou menos objectivos, que, se têm por finalidade permitir que as mulheres possam dar um consentimento informado, têm como consequência afastar as mulheres pobres e pouco escolarizadas do processo.

O aspecto fundamental na construção social da sexualidade é que o poder saiu da esfera do jurídico para o das normas, deslocando-o não para um interveniente concreto mas para as relações entre os agentes. Para Pollock (2003) existe nas dadoras uma dimensão de conformidade à norma, que as leva a sentir satisfação por serem aceites e, como tal, vistas como “normais”.

Quanto à narrativa do altruísmo, ela tem como função alienar a ideia que algo de errado se passa com uma mulher que “vende a capacidade maternal”. Assim sendo, todo o tipo de motivação, seja ela financeira, de realização, de transmissão genética, ou outra, porque não feminina, deverá ser substituída pela do altruísmo pois este, tal como o instinto maternal, é uma característica desejavelmente feminina.

Já Anleu (1992), reflectia sobre a enorme diferença de aceitação da gravidez de substituição, assim ela decorra de motivos altruístas ou “comerciais”. Para a autora a distinção entre as duas decorre de uma construção social e não das suas diferenças intrínsecas. Ambas envolvem a aplicação de fortes normas relacionadas com o género, que especificam que a motivação para ter crianças deve ser baseada “*on emotion, selflessness, and caring, not on self-interest, financial incentives, or pragmatism*” (p. 30).

Estas normas encaram a maternidade como natural e apropriada à mulher, assumindo que estas devem ter crianças por amor. Por isso, a gravidez acompanhada de retribuição financeira é considerada como desviante, tornando aceitável a gravidez por amizade. Se uma mulher se desvia destas normas através de qualquer forma de contrato, quase sempre os seus direitos maternais são derogados, mesmo que posteriormente pretenda manter a criança, porque existe uma forte condenação da violação do “instinto maternal” e da negação da maternidade. Já a gravidez por altruísmo é encarada como um presente e demonstração de amor e sacrifício, mais do que movida por interesses pessoais.

A diferença na aceitação destes dois processos sugere que a gravidez de substituição só é condenada se a mulher receber uma contrapartida financeira. Não pelo facto de existir alguma exploração financeira, mas porque ela abdicou dos seus direitos maternais, por razões pessoais, mesmo que pragmáticas. Em suma:

“altruistic reproductive exchanges leave intact the status of women as breeder class, whether for producing eggs, fetal tissue, or babies. Women’s bodies are still the raw material for others’ needs, desires, and purposes. The normalization of altruistic exchanges may, in fact, have the effect of further promoting the view that women have a duty or obligation to engage in reproductive arrangements free of charge” (Pollock, 2003, p. 255).

Seja por conformismo à norma, numa perspectiva sociológica, seja porque a doação pode ter efeitos ao nível da auto-estima, numa perspectiva psicológica, o que parece evidente é que mesmo a doação que tem na origem uma motivação pessoal, geralmente financeira, acaba por ao longo, e sobretudo após o processo, ser acompanhada por um sentimento de satisfação pela ajuda prestada aos outros.

Tendemos, (e quanto, ... nós os psicólogos!) a pensar que a motivação para muito do que fazemos, incluindo aquilo que fazemos pelos outros, tem uma motivação egoísta. Mas para Bahadur (2001) pelo menos algumas pessoas, em certa medida e nalgumas circunstâncias, são capazes de uma forma diferente de motivação, em que o objectivo último é o bem-estar do outro.

Noutra linha de análise das motivações das dadoras, podemos explicar que, segundo Foucault, referido por Pollock (2003), o controlo muito preciso do corpo é um fenómeno moderno, e que tende a aumentar. Com o decréscimo da mortalidade desenvolveram-se novas formas de controlo do corpo – *biopower*, no qual se inclui o controlo da sexualidade e reprodução. Já não se trata do direito a tirar a vida, forma de disciplina do passado, mas da *“administration of bodies and the calculated management of life”* (Pollock, 2003, p. 248).

Os estudos no âmbito da psicologia da gravidez e da maternidade têm revelado que a mulher contém em si as dimensões de feminilidade e maternidade. Se a primeira encerra a capacidade biológica de procriar, já a maternidade

constitui uma dimensão cultural que “*significa na nossa cultura ocidental a capacidade de conter, apoiar, suportar*” (Leal, 2001, p. 66).

Da sexualidade sem maternidade com o advento dos anticoncepcionais, evolui-se para a possibilidade de maternidade sem sexo, através da reprodução medicamente assistida. Parece-nos que em relação à doação de ovócitos, é também o controlo da própria reprodução que está em causa, uma vez que ela permite, em última análise, a procriação sem gravidez e sem projecto de maternidade.

Como vimos, para algumas mulheres a motivação para a doação não é mais que o desejo de deixar descendência, sem assumir um projecto de maternidade, ou porque este não lhes é permitido, ou porque é algo que as não satisfaz. Trata-se talvez de uma motivação pessoal, que se pode inscrever naquilo que Melo refere (2000):

“Com a descoberta e exaltação das liberdades individuais, o controlo individual sobre o próprio corpo não é mais entendido, como inserindo-se na problemática analítica de um direito subjectivo, mas como uma manifestação mais ampla da liberdade individual” (p. 226).

Segundo Gutmann & Land (1999), o cariz liberal do pensamento ocidental nos domínios ético e político, implica o respeito pela autonomia pessoal dos sujeitos como único determinante da acção, excepto quando o interesse pessoal implica o prejuízo do outro. Esta tradição é de alguma forma assimilada pelos sujeitos e funde-se na sua personalidade, crenças e valores. Daí que para algumas mulheres, o direito a dispor do seu corpo e de células que desperdiçam é algo de inalienável, pelo que reagem com alguma estranheza às considerações morais ou éticas colocadas pela sua escolha voluntária de doar.

Este sentimento generalizado leva-nos também a reflectir sobre o facto da medicina reprodutiva e da biotecnologia, terem feito emergir novas formas de instrumentalização do corpo²⁶, naquilo que é referido por alguns autores como a

²⁶ *Exemplos de instrumentalização do corpo serão, de acordo com os autores, relativamente comuns desde há séculos nomeadamente através da prostituição, contratos de casamento, adoração de relíquias de santos, dissecação de cadáveres, experimentação médica, venda de dentes e cabelo, e ultimamente de órgãos, gâmetas e até do genoma de um povo, como na Islândia (Gutmann & Land, 1999).*

nova “Ética das partes”, na qual o sujeito proprietário de um corpo divisível responde de forma pragmática à procura do mercado.

A crescente instrumentalização de partes do corpo humano e dos seus produtos, e a ênfase atribuída à transmissão hereditária de um conjunto de traços físicos e sociais (sendo alguns percebidos como mais desejáveis), leva a que determinados traços genéticos assumam um valor económico. Esta situação é muito evidente no desejo de selecção das características do dador de esperma por parte dos casais, quando isso lhes é permitido.

Para Scheper-Hughes (2001) as partes do corpo são e deveriam continuar a ser, partes privadas, livres de qualquer intromissão ou regulamentação exterior, porque para alguns sujeitos:

“The only real sense of power and control in their lives derives from a certain kind of command and ownership of their bodies – the very grounds of their own existence – which they express, paradoxically, by selling it off in parts or in its entirety” (p. 8).

1.8. A doação de ovócitos em Portugal

1.8.1. Enquadramento

Não existindo em Portugal legislação ou uma entidade reguladora (como a EHEA na Grã-Bretanha), não é possível determinar que instituições promovem a doação de gâmetas no nosso país.

Segundo Melo (sem data, p. 170), a doação de esperma foi até há poucos anos uma prática corrente quer em serviços públicos²⁷, bem como nalgumas entidades privadas. Existe também um banco de esperma acreditado oficialmente, concretamente o Banco de esperma do Serviço de Genética Médica da Faculdade de Medicina do Porto, que funciona desde 1985, tendo suspenso temporariamente a sua actividade, na sequência de um parecer emitido pelo

²⁷ *Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Hospital de Santa Maria, e o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia.*

Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, por este ter defendido a obrigatoriedade de ser revelada a identidade dos dadores.

De um ponto de vista legal não existe qualquer referência à doação de ovócitos, mas no que se refere à doação de esperma, o artigo 9º da Lei nº 3/84, de 24 de Março, preconiza que o Estado “aprofundará o estudo e a prática da inseminação artificial como forma de suprimento da esterilidade”, não distinguindo o legislador entre inseminação homóloga ou heteróloga (Melo, sem data, p. 234).

Também o Decreto-Lei nº 319/86 de 25 de Setembro, que visa regular alguns aspectos da R.M.A, além de reconhecer no seu preâmbulo que a inseminação artificial com recurso a dador levanta problemas técnicos e ético-jurídicos muito delicados, determina: a) ser proibida a I.A. com sémen fresco de dador; b) a obrigatoriedade da recolha, manipulação e conservação de esperma, e que quaisquer outros actos exigidos pela R.M.A. heteróloga, sejam praticados apenas em organismos públicos ou privados expressamente autorizados para o efeito pelo Ministro da Saúde, remetendo para regulamentação posterior que nunca se efectivou (Melo, sem data, p. 197).

O Decreto-Lei nº 415/VII de 17 de Junho de 1999, que pretendia regular as técnicas de R.M.A, aceitava a procriação com recurso à doação de gâmetas, masculinos e femininos, nomeadamente estabelecendo que só podia ser beneficiário de técnicas de R.M.A, o casal que contribuísse com gâmetas de pelo menos, um dos seus membros. Também estabelecia a possibilidade dos descendentes obterem informação sobre a identificação do dador, aquando da sua maioridade, bem como as condições e preceitos para I.A. com recurso a dador.

Este decreto-lei veio a ser vetado pelo Presidente da República, alegando que:

“várias das soluções nele preconizadas parecem-me demasiado controversas e conflituais para permitirem a prossecução adequada, nos termos referidos, dos objectivos de garantia e harmonização de todos os valores, direitos e interesses dignos de protecção (...) e poderia colocar em risco a própria viabilidade prática de algumas das mais importantes técnicas de procriação medicamente assistida e ter consequências desproporcionadas e desnecessariamente gravosas para os beneficiários interessados” (Melo, sem data, p. 272).

Decerto devido à inexistência de um enquadramento legal, actualmente impera alguma discricção sobre as técnicas que cada instituição pública ou privada oferecem aos seus utentes. Se nunca foi reconhecido por nenhuma entidade a prática de doação de ovócitos, sabe-se ser costume referenciar os casais para clínicas no estrangeiro que providenciem este método.

A única situação publicamente assumida de prática da doação de ovócitos é a da clínica com a qual colaboramos, que por ser de génese escandinava, segue as orientações do país de origem, havendo contudo a preocupação de adequar a sua prática ao contexto específico de um país de cultura latina e religião católica maioritária.

O processo de recrutamento iniciou-se com a publicação de um anúncio numa revista, apelando à doação por parte de mulheres jovens. Na sua página de Internet também é dada informação sobre a oferta desta técnica aos casais. A partir desse anúncio e dos artigos em jornais e revistas que se lhe seguiram, começou a surgir pouco a pouco um grupo de mulheres que se dispuseram a entrar nesse processo. Actualmente a informação é transmitida de umas dadoras para outras o que, aliado à inexistência de divulgação, leva a que o seu número seja pouco expressivo.

O protocolo de doação foi sendo estabelecido e actualmente o primeiro passo do processo, após o contacto da potencial dadora, é a entrevista psicológica, que tem como objectivo fazer o despiste de perturbação psicológica, avaliar da existência de instabilidade pessoal ou grande desconhecimento dos aspectos biológicos implicados, nomeadamente a transmissão de material genético. Nesta sessão é também feito o aconselhamento, com a abordagem dos aspectos psicológicos, éticos, religiosos e providenciada informação sobre a conjuntura legal existente. Realiza-se uma entrevista semi-estruturada que incide nas características demográficas, familiares, e na história sexual e reprodutiva das candidatas, bem como em aspectos específicos relacionados com o processo de doação (motivação, informação, grau de conhecimento das implicações genéticas do processo, expectativas, representações face ao ovócito, entre outros) e aspectos éticos e crenças religiosas (a estrutura da entrevista é detalhada no ponto 2.1. do capítulo sobre o Método).

Também são facultadas informações muito gerais sobre o protocolo médico e sobre a necessidade de se submeterem ao teste de HIV. Dada a extensão dos aspectos a abordar, cada entrevista dura sensivelmente 1h30 minutos e sempre que necessário procede-se a uma segunda sessão, sobretudo quando as candidatas revelam alguma problemática que necessite de uma abordagem mais aprofundada.

Não havendo factores graves que desaconselhem a doação, o processo continua com a avaliação médica, de acordo com as boas práticas definidas. Numa das consultas médicas é providenciada a informação sobre o protocolo e riscos do tratamento e discutido o consentimento informado (Anexo 1). Numa última fase é feita a associação com um dos casais constantes na lista de espera, de acordo com os respectivos fenótipos e inicia-se o protocolo médico. Um mês após a concretização da doação, é feita uma consulta médica de seguimento.

1.8.2. Reflexões sobre a prática clínica

“Existem demasiadas medições. Algumas coisas que são numericamente precisas não são verdadeiras; e algumas coisas que não são numéricas são verdadeiras. Procedimentos de investigação ortodoxos podem ser estatisticamente significativos mas humanamente insignificantes. Na investigação humana é muito melhor ser profundamente interessante do que precisamente chato.”²⁸

Procurando a dimensão “interessante” associada à prática clínica, queremos dar conta das nossas reflexões que, embora com algum cariz de subjectividade, permitem ter uma ideia geral sobre as mulheres que se dispõem a doar os seus ovócitos.

Algumas das afirmações que iremos fazer decorrem da prática com uma população de aproximadamente 60 mulheres, que acompanhámos ao longo destes anos. Lamentavelmente, nem todas elas participaram no nosso estudo, mas alguns casos são paradigmáticos daquilo que vem referido na literatura sobre esta população. Neste capítulo faremos referência a sujeitos cujas entrevistas

²⁸ Reason & Rowan, 1981 in Lima (2002, p. 36).

permitiram *insights* ou confirmação da informação teórica existente sobre as dadoras.

Em primeiro lugar, parece-nos que tal, como noutros países, as mulheres que se dispõem a doar, estão livres de patologia psiquiátrica grave. Apenas numa situação inferimos da sua existência, até porque a própria mulher referia ter frequentado um centro de saúde mental.

Este é o único factor de homogeneidade nesta população. Em tudo o resto prima a diversidade – nas histórias de vida, na situação pessoal actual, nas motivações explícitas ou percebidas, nas características demográficas e sociais...

Temos consciência que o facto de se tratar de uma situação que implicava inevitavelmente alguma forma de avaliação, poderá ter tido influência no tipo de informação obtida mas, para evitar esse facto, houve a preocupação de incidir na dimensão de aconselhamento.

Sobre a história passada, se bem que alguns sujeitos revelem ter tido uma infância difícil, a maioria das situações esteve relacionada com conflitos conjugais dos pais, terminados ou não em divórcio. Nunca demos conta de situações limite, como as referidas num ou outro estudo realizado nos E.U.A., nomeadamente história de abuso sexual, embora tenhamos consciência que não se trata de um evento de fácil abordagem neste contexto específico.

Muito sujeitos referem com orgulho o facto de se terem autonomizado cedo, quer porque assumiram responsabilidade no seio da família, quer porque adquiriram alguma forma de independência financeira, ao terem começado a trabalhar cedo.²⁹ Assim, uma separação conjugal, se bem que complicada na altura, é de alguma forma referida como tendo tido consequências positivas na personalidade destas mulheres.

No que se refere à história reprodutiva, nenhuma dadora referiu a existência de eventos traumáticos. Um dos sujeitos, que não entrevistámos, tinha um filho ao qual teriam sido diagnosticados problemas de desenvolvimento, mas não podemos deduzir mais sobre este facto.

²⁹ *Sujeito 11 que aos 19 anos possuía já o seu próprio salão de cabeleireiro ou o Sujeito 37, que afirma com orgulho ter-se tornado independente muito cedo e educar a sua filha também nesse sentido.*

Sobre a maternidade, algumas mulheres referem-na como sendo um aspecto fulcral nas suas vidas, outras nem por isso, sendo valorizada mas assumindo uma importância relativa.³⁰

No que se refere à motivação, temos a percepção que, quanto maior o nível de consciencialização face às implicações biológicas, psicológicas e éticas do processo, mais o desejo de ajudar os outros surge como a motivação para a doação. É neste grupo que surgem com frequência as dadoras de sangue, as inscritas para doação de medula, ou concordantes com a doação de órgãos.³¹

Tal como tem sido apontado por alguns autores, também surge um conjunto de mulheres que têm familiares ou amigos inférteis, sentindo empatia com o seu sofrimento³², ou aquelas que se imaginam nesta situação.³³

Em consonância com a literatura, podemos afirmar que a existência de alguma recompensa, constitui também um dos factores com peso na tomada de decisão para a doação. Contudo, este aspecto não se liga à existência de necessidades básicas, tratando-se muitas vezes do desejo de permitir a si mesmas realizar um desejo pessoal, sem que para isso tenham que utilizar os recursos da família.³⁴

Queremos salientar que, em certos casos, a motivação para a doação nos parece estar ligada a uma necessidade de reparação da auto-estima, como aquela pequena mulher, cheia de determinação e vigor, que se lamentava de não ter peso suficiente para ser dadora de sangue e que por isso sentia que não prestava para nada. Assim, queria sentir-se útil (e valorizada) pela doação.³⁵

³⁰ *Sujeito 7, mãe de 3 filhos, que diz “Ser mãe é uma dádiva, é uma felicidade incomparável. Por isso não há nada mais bonito que fazer feliz também outra mulher que não possa produzir óvulos por uma razão qualquer”*

³¹ *Sujeito 23 que afirma “Acho que com isso consegui dar alegria às pessoas que não podem gerar uma criança. Gosto sempre de ajudar as pessoas quando posso”.*

³² *Sujeito 8 que apresenta como motivo da sua decisão “Pelo facto da minha irmã não poder ter filhos, pois eu via o seu sofrimento, a sua ansiedade de ter filhos e não podia. Assim como ela há muitas com vontade de ter filhos”.*

³³ *Sujeito 16 que explica a sua motivação “pela única razão de já saber o prazer de ser mãe e pensar que um dia também poderia ter tido problemas idênticos aos das mulheres que procuram ser mães e não podem sem ser com ajuda dos outros”.*

³⁴ *Sujeito 6 que pretendia custear um tratamento de emagrecimento, dado constituir a sua preocupação central no momento, e não desejava pedir apoio aos pais.*

³⁵ *Sujeito 2 que de forma sintomática se identificava com Ícaro e o seu desejo de ultrapassar a sua condição humana*

Este desejo de reparação e valorização foi consciencializado e debatido na entrevista. Foi tomada a decisão de a aceitar para doação, pois sentíamos que a sua recusa como dadora acentuaria ainda mais os seus sentimentos de desvalorização e acabava por a penalizar por uma história que ela tinha conseguido ultrapassar de forma satisfatória. Mas também porque concordamos com Schover *et al.* (1991), quando afirmam poder ser a doação uma forma adaptativa de reparar eventos do passado. Neste caso concreto, tivemos contudo a preocupação de prevenir para a necessidade do maior cuidado na abordagem à dadora caso os seus ovócitos não fossem de “qualidade”, a informação habitualmente providenciada.

Estamos de acordo com os autores que referem ser a doação uma tentativa de certificação da própria fertilidade para algumas mulheres, principalmente quando existe alguma dúvida desde a adolescência sobre a sua capacidade em engravidar. Também a possibilidade de dar origem a uma vida, de transmitir os seus genes, sem contudo assumir um projecto de maternidade, é um aspecto importante para algumas mulheres, sobretudo quando revelam alguma ambivalência face à maternidade, mas gostariam de confirmar a sua fertilidade.³⁶ Damos o exemplo daquela mulher, que, embora na entrevista tivesse referido que não desejava ser mãe porque o projecto de maternidade não ia ao encontro dos seus projectos profissionais, no questionário acabou por responder não saber se queria ter filhos.³⁷

Parece-nos que, para algumas mulheres, a doação se assume como uma “garantia” ou “seguro” de transmissão genética, caso a vida não lhes venha a permitir ter filhos ou a ambivalência se mantenha até que a idade a resolva. Algumas explicitamente referiram querer transmitir vida e os seus genes através da doação, porque não lhes sendo possível neste momento concretizar o desejo de serem mães, temiam que a idade as impossibilitasse de o conseguir. Temos o exemplo daquela mulher de raça negra, inteligente e diferenciada, apesar de pouco escolarizada. Sendo africana, apesar de viver há muitos anos em Portugal, sentia a

³⁶ *Sujeito 26, que afirmando sempre ter querido ser infértil, desejava confirmar a sua fertilidade, até porque, no ano anterior tinha tido uma gravidez “inexplicável” apesar de usar pílula e preservativo, acabando por recorrer a uma IVG.*

³⁷ *Sujeito 13 que alegava não querer ter filhos porque a maternidade implicava a existência de um ligação muito forte com alguém.*

vontade de transmitir os seus genes porque no seu grupo étnico a linhagem era de tipo matriarcal. Um dos seus desejos era transmitir a sua beleza física e por isso manifestava a fantasia de poder ver a criança, apenas para se certificar dessa transmissão.³⁸

Outras houve que, menos esclarecidas sobre as implicações biológicas da idade, queriam doar quando já tinham desistido de ter filhos devido à idade ou circunstâncias de vida.³⁹

Surge também um pequeno grupo de mulheres que decidem ser dadoras pelo facto de se tratar de um processo controverso e arrojado.⁴⁰ Ao longo destes anos, sempre que se estabelecia alguma polémica na comunicação social sobre a existência de doação em Portugal, quase sempre surgia um pequeno grupo de mulheres que se insurgia contra os que “pretendiam limitar o seu desejo de fazerem com o seu corpo aquilo que desejavam.”⁴¹

Talvez que as motivações acabem por reflectir o contexto sócio-económico dos países. Pensamos ser motivo de reflexão o facto de no nosso país, a assistência médica não ir para além das necessidades básicas, e para algumas mulheres, esta era oportunidade de fazerem um *check-up* de “qualidade”, concretamente ao seu aparelho reprodutor.⁴² Várias vezes nos foi referido que, para além de quererem ajudar os outros, um dos desejos paralelos era poderem fazer exames médicos exaustivos, pois tinham consciência que o processo implicava uma investigação médica aprofundada. É de referir que em Espanha, um dos programas de doação oferece assistência médica às estudantes que se dispõem a entrar no processo, pois é um dos aspectos muito valorizados por essas mulheres.

³⁸ *Sujeito 9* que afirmava: “se eu morrer neste momento, como não tenho irmãos, acaba-se a minha linhagem”, pelo facto dos pais biológicos só a terem tido a ela, tendo-se separado depois.

³⁹ *Sujeito 27* que referiu “derivado à minha idade e não ter tido filhos era uma maneira de me sentir feliz e de dar felicidade a outros. Sempre desejei ter um filho, mas não tinha a estabilidade suficiente para os ter. Quando tive mais condições nunca fiquei. ...Quando ouvi na TV não pensei duas vezes, era uma forma de dar felicidade e dar um pouco de mim a alguém...”

⁴⁰ *Sujeito 34* que afirmou “...Gosto de saber e experimentar coisas fora do comum, e entusiasmei-me a ideia do projecto em si, principalmente a sua finalidade.”

⁴¹ *Sujeito 30* que afirmava “acho tão importante doar óvulos como doar sangue, o facto deste ser considerado comportamento “desviante”, ou seja, não correspondente ao eticamente correcto para a maioria da sociedade portuguesa, fez com que eu tivesse uma vontade de colaborar com um causa tão nobre como é a de ajudar mulheres com dificuldade em engravidar.”

⁴² *Sujeito 26* que tinha como motivação fazer exames ginecológicos profundos dado ter feito uma IVG no ano anterior e nunca ter feito follow-up.

Também surgiam as mulheres que, em fase de crise conjugal ou pessoal, queriam doar como forma de encontrar um novo alento, um significado diferente em suma, algo que “ lhes desse a satisfação que não sentiam”.⁴³

A importância do reconhecimento social também está presente, tal como referido por Fielding *et al.*, (1998) pois muitas mulheres referem com satisfação que os familiares e amigos se orgulham da sua decisão de doar. Este aspecto é frequentemente constatado na nossa prática clínica, havendo inclusive algumas mulheres a relatarem que as suas mães se sentem orgulhosas da sua decisão, principalmente quando se trata de famílias com hábitos de ajuda face aos outros.

Algumas mulheres referiram ter “irmãos ” não biológicos que foram criados pelas suas mães. Para elas, a maternidade é um investimento psicológico, daí que encarem com toda a normalidade a doação de ovócitos, porque aprenderam que a maternidade se estabelece através da relação e não dos genes.

Estamos convictos que uma boa avaliação e aconselhamento permitem fazer uma triagem, e nos casos mais problemáticos, dissuadir as candidatas quando se receie que o processo possa ser factor de descompensação no futuro. Damos o exemplo daquela mulher que referia fervorosamente “eu só queria poder espreitar para ver se era parecida comigo!”⁴⁴ e para a qual a doação era equivalente à doação de um filho para adopção. Acabou por desistir, ao interiorizar não ser adequado prosseguir na doação pelo risco de inadaptação futura.

É interessante referir que a ideia de uma criança resultante da doação raramente é consciencializado pelas dadoras. Algumas manifestam alguma surpresa quando confrontadas com hipótese, se bem que remota, da possibilidade de futuras ligações consanguíneas entre os descendentes. Apenas o marido de uma mulher referiu este facto, mas a sua preocupação centrava-se na possibilidade de emergirem doenças recessivas. Atrevemo-nos a dizer que, pelo facto de os descendentes não se saberem irmãos, o tabu do incesto fica arredado.

⁴³ *Sujeito 12 que em fase de crise conjugal se dispôs a fazer a doação tendo alertado o companheiro da sua intenção e referido ter “ido a uma psicóloga” que constatou a existência de problemas na relação (!!!).*

⁴⁴ *Sujeito 19 que tendo feito uma laqueação tubária, não tinha concretizado o seu desejo de ter uma menina, tendo só rapazes.*

Nos estudos feitos noutros países, algumas mulheres manifestam preocupação em não contribuírem para o nascimento de uma criança que possa vir a ser negligenciada. Parece-nos que algumas destas preocupações fazem sentido no contexto específico dos EUA. Da nossa experiência, quando questionadas sobre as suas expectativas e fantasias sobre os casais receptores, algumas mulheres afirmam sentirem segurança e conforto ao perceberem que os casais têm condições económicas para recorrerem a uma clínica privada. Raras são as que questionam sobre a existência de uma avaliação dos casais.

É importante referir que, no geral, as dadoras consideram que o desejo e gestação são os factores mais importantes para a existência de uma ligação psicológica. A maioria crê profundamente que a gestação torna a criança filha da outra mulher, e algumas manifestam mesmo a convicção que as crianças acabam por se parecer fisicamente com a mãe social. Sintomaticamente, na nossa prática com os casais receptores, percebemos que raramente se lhes coloca a interrogação acerca das motivações psicológicas das dadoras, porque não as consideram progenitoras. O facto mais saliente é que, a existência de gestação conduz à fantasia poderosa que tudo o que está para trás seja eliminado, deixando de ter o estigma que se percebe na doação de esperma.

Em resumo, podemos referir que na população em causa, as mulheres dissociam de forma clara a filiação biológica da maternidade em si, que é um facto psicológico. Não negando que vão transmitir o seu material genético, nem por isso consideram como filha a criança a nascer. Para elas, filho é a criança que desejaram, que foi fecundada com o esperma do marido/companheiro, que geraram e criaram.

Diríamos também, serem as mulheres que já foram mães quem mais se apoia nesta crença. O mais relevante é que o discurso mais comum assenta na constatação muito pragmática, que se trata de um ovócito que é desperdiçado todos os meses, que não é utilizado e do qual não necessitam.⁴⁵ Assim, encaram-no como mais uma célula do seu corpo, tal como encontrado por Baetens (2000), como um órgão, mas raramente como o projecto de uma criança (Weil *et al.* 1994).

⁴⁵ *Sujeito 4* que afirma “ Pensei que se tenho recursos biológicos e se usualmente os desperdiço, seria benéfico alguém poder usufruir da minha capacidade biológica de ter filhos”.

Sobre esta dissociação entre a descendência biológica e maternidade, já Sá & Biscaia (1997) questionavam:

“ é-se filho de alguém em consequência do código genético, ou apesar disso? Obviamente, apesar disso. Daí que, num plano psicológico, falar-se de uma filiação genética representa uma falsidade porque – apelando ao rigor ético – a filiação é uma experiência relacional e afectiva” (p. 35).

Schwartz (2003) defende que a parentalidade não requer ou depende de uma ligação biológica. Os estudos sobre adopção e novos casamentos permitem afirmar que o processo de parentalidade se inicia aquando do nascimento, com base em laços que se criam a partir das inúmeras interações emocionais que ocorrem durante os cuidados e brincadeiras entre os pais e a criança. São os cuidados prestados e a interacção que criam a relação de vinculação entre a criança e os pais, e não a existência de meros laços biológicos.

Para a maioria das mulheres a doação pode dar resposta a muitas motivações, conscientes ou não, contudo, é evidente que a intenção de doar, podendo envolver desejos de reprodução, não está ligada à ideia ou projecto de maternidade. De forma sintomática, quando a mulher consciencializa esta não dissociação entre a doação e a ideia de maternidade, quase sempre acaba por desistir, ao ter oportunidade de reflectir na possibilidade de inadaptação futura devido a pensamentos recorrentes e preocupações sobre a existência de um filho.⁴⁶

Nas outras situações parece-nos que as mulheres acabam por retirar satisfação da doação, quer porque dão vazão a um desejo de ajudar os outros, quer porque acabam por alcançar outras gratificações pessoais decorrentes do processo.

⁴⁶ *Sujeito 21 afirmou ter desistido porque “não me sentiria feliz em saber que colaborei para colocar uma criança no mundo (um filho meu) e nunca seria mãe dele...”*

1.9. Uma abordagem da personalidade através do modelo dos traços

O estudo da personalidade assenta em duas abordagens distintas. Uma baseia-se no estudo dos indivíduos em particular, das suas características e comportamentos em diferentes situações, ou seja, através a análise de todos os aspectos procura-se a compreensão da singularidade de cada indivíduo.

A outra forma de abordagem, a mais utilizada nas investigações em psicologia da personalidade, pretende estudar as características de um grande número de indivíduos, estabelecendo comparações entre eles. A descrição da personalidade é feita com base na enumeração um conjunto de traços que podem descrever cada um dos indivíduos, sendo que as discrepâncias entre eles se estabelecem a partir da diversidade entre os seus traços.

A descrição da personalidade pode ser feita de duas formas distintas. A abordagem hipotético-dedutiva baseia-se numa concepção teórica das dimensões de personalidade e procura a sua validação através de dados empíricos.

Na abordagem taxionómica ou lexical parte-se de um conjunto de termos linguísticos que são utilizados pelos indivíduos para se descreverem a si e aos outros. Essa recolha é posteriormente sujeita a análise factorial a fim de fazer emergir um número limitado de factores que constituirão as dimensões de personalidade.

Existem inúmeras definições de personalidade que se relacionam directamente com os diferentes pontos de vista e métodos de abordagem de cada autor. Segundo Hansenne (2004), com base nas várias descrições, podemos definir que a personalidade corresponde a uma organização psicológica, com bases fisiológicas, sendo um processo dinâmico interno ao indivíduo, e que determina com este se comportará de forma recorrente e consistente.

Em psicologia da personalidade é possível distinguir entre traço e dimensão de personalidade. O traço representa uma característica durável, como por exemplo a extroversão, a timidez, a impulsividade, constituindo uma predisposição do indivíduo para se comportar de uma determinada maneira em

situações diversas. O conceito de tipo ou dimensão de personalidade corresponde ao conjunto de diferentes traços que constituem a personalidade de um indivíduo.

Segundo McCrae & Costa (1995, referido por Lima & Simões, 2000 a), podemos considerar que a personalidade constitui um sistema definido por traços e processos dinâmicos, através dos quais o funcionamento psicológico do indivíduo é influenciado.

Uma das questões que tem dividido os teóricos da personalidade prende-se com o estabelecimento do número e dimensões necessárias à descrição da personalidade. As diferenças encontradas assentam contudo nos distintos métodos de análise factorial utilizados, que levam a que se encontre diferenças no número de factores identificados (Hansenne, 2004).

Desde há cerca de uma década diferentes autores têm defendido que cinco dimensões principais são suficientes para apreender o conjunto de traços de personalidade. O pressuposto deste modelo é o de que a personalidade pode ser caracterizada a partir de 5 factores que diferenciam os sujeitos, e que estes, de forma individual ou combinada, têm sido encontrados em quase todos os instrumentos de análise da personalidade mais frequentemente utilizados.

Uma das tentativas de operacionalização deste modelo foi desenvolvida por Costa e McCrae, (Lima, 1997), culminando, em 1992, na criação do Inventário de personalidade NEO-PI-R, tendo como objectivo permitir a análise da personalidade a partir de uma taxionomia de traços fundamentais. Este instrumento não está profundamente fundamentado em teorias de personalidade, antes resulta de estudos de tipo quantitativo no âmbito do estudo da personalidade. O NEO-PI-R resulta de um processo de validação de tipo empírico, a partir de um sucessivo melhoramento da consistência interna do inventário inicial.

A investigação inicial foi feita com os dados obtidos a partir de duas grandes amostras de participantes em estudos longitudinais, com idades compreendidas entre os 25 e os 95 anos, de diferentes raças, género, nível de instrução e em diferentes contextos clínicos.

Para conseguir a validade do *constructo*, os autores seleccionaram da literatura existente, os traços e disposições mais importantes e consensuais para os teóricos da personalidade. Criaram grandes grupos de itens que sugeriam a presença desses traços, e que foram aplicados a grandes amostras. A selecção dos itens foi feita segundo critérios psicométricos, nomeadamente sujeitando os resultados a análise factorial e escolha em função do grau de saturação obtidos.

Os autores sujeitaram os 240 itens a análise factorial exploratória, e os resultados mostraram a existência de 5 factores bem distintos. As correlações entre o *score* dos factores e as escalas dos domínios Neuroticismo, Extroversão, Abertura à experiência, Amabilidade e Conscienciosidade foram respectivamente, de 0,91; 0,89; 0,95; 0,95 e 0,89. Esta validade factorial foi encontrada em diversos estudos com diferentes amostras face ao género, raça e idade e habilitações literárias.

A validade convergente e discriminante obtêm-se a partir da análise das correlações com outros instrumentos que medem o mesmo *constructo*. Num dos estudos realizados para analisar essa propriedade nas 30 escalas de facetas do NEO-PI-R, tentou determinar-se a correlação dos dados obtidos nos estudos longitudinais com 116 escalas de 12 inventários diferentes, e embora aplicados em alturas diferentes, das 150 correlações analisadas, 66 apresentam um valor superior a 0.5.

A validade de critério foi estabelecida a partir do estudo, entre outras, das variáveis: bem-estar psicológico; *coping*; defesas; necessidades e motivação; traços interpessoais, criatividade (Lima, 1997).

A validação do NEO-PI-R também pôde ser confirmada a partir de inúmeras investigações, com vista à aferição dos instrumentos para diferentes países e línguas, e contextos culturais diversos, tendo sido encontrada equivalência de medida entre o instrumento inicial e as diferentes aferições.

Os autores referem que os resultados da amostra alemã, portuguesa, hebraica, chinesa, coreana e japonesa, mostram a evidência universal da estrutura de personalidade a partir dos 5 factores do NEO-PI-R.

O NEO-PI-R operacionaliza o modelo de personalidade dos 5 factores, definindo-os como um agrupamento de traços correlacionados entre si. As suas

escalas permitem medir traços de personalidade, cujos valores se aproximam dos de uma distribuição normal, ou seja, a maioria dos sujeitos revela pontuações ao redor da média, havendo contudo uma pequena percentagem de indivíduos nos extremos. A análise dos resultados deve ter em conta a existência de dimensões contínuas, sendo possível a combinação de tendências por vezes ambivalentes. Daí os autores aconselham a que, na elaboração do perfil, os resultados sejam agrupados em 5 níveis: muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto.

Este inventário não apresenta pontos discriminantes (*cut off points*), que permitam separar pontuações normais de outras consideradas como patológicas. Assim, valores elevados são tão informativos como valores baixos, e deverão ser analisados por comparação com valores normativos para a população.

Pela análise do posicionamento nos 5 factores, é possível obter um perfil que esquematiza o estilo emocional, interpessoal, experiencial, atitudinal e motivacional, sendo completado pela análise pormenorizada dos traços específicos de cada domínio, obtido através das facetas correspondentes. Por sua vez, são estas que permitem detectar diferenças individuais significativas.

O NEO-PI-R é composto por cinco domínios gerais, cada um deles englobando 6 facetas específicas. Apresentaremos de seguida a sua descrição, de forma muito semelhante à descrita por Lima (2000 b).

NEUROTICISMO (N)

Esta escala pretende avaliar a adaptação versus a instabilidade emocional. Valores elevados de Neuroticismo são encontrados em indivíduos que tendem a experimentar afectos negativos, como a tristeza, medo, embaraço, raiva, culpabilidade. São pois sujeitos com propensão para a descompensação emocional, preocupados, nervosos, hipocondríacos, inseguros, com sentimentos de incompetência, ideias irrealistas, desejos e necessidades emocionais excessivas, acompanhados de respostas de *coping* desajustadas. Como possível consequência desta inadaptação, aparentam ter ideias irrealistas, menor controlo dos impulsos e menor capacidade de lidar com o *stress* .

É de salientar que valores elevados nesta dimensão não implicam a existência de Neurose, embora esta seja sempre acompanhada por valores

elevados de N. O Neuroticismo também se correlaciona com baixa satisfação sexual, sobretudo se decorre de pontuações elevadas nas facetas Auto-consciência e Depressão, pois pode indiciar evitamento do contacto sexual, menor experiência, acompanhada de uma atitude conservadora e restritiva ao nível da sexualidade.

Por oposição, valores baixos nesta dimensão correspondem a sujeitos emocionalmente estáveis, revelada por constância do humor, tranquilidade, segurança, descontração, satisfação pessoal, e capacidade de enfrentar de forma adequada as situações de stress. A dimensão Neuroticismo engloba 6 facetas:

N1: Ansiedade

Valores elevados nesta faceta correspondem a sujeitos ansiosos: tensos, apreensivos, medrosos, excessivamente preocupados e com tendência a ser fóbicos. Pontuação mais baixa revela que os sujeitos são calmos, relaxados, com estabilidade, sem medos e preocupações excessivas por antecipação.

N2: Hostilidade

A tendência a sentir raiva e emoções semelhantes, como raiva e amargura, é habitual nos sujeitos com hostilidade elevada. São temperamentais, e propensos a frustração e zanga excessiva. Habitualmente esta hostilidade está relacionada com valores baixos na faceta Amabilidade. Inversamente, os sujeitos com N2 baixo tendem a ser amigáveis, com um temperamento mais moderado, e sem tendência a sentirem-se ofendidos e zangados.

N3: Depressão

Esta faceta permite a avaliação das diferenças no experienciar dos afectos depressivos. Valores elevados são próprios de sujeitos tristes, melancólicos, com tendência a sentirem-se solitários, culpabilizados e desesperados. Já valores baixos indiciam sujeitos que raramente entristecem, que são confiantes e para quem a vida faz sentido.

N4: Auto-Consciência

As emoções de vergonha e embaraço são centrais nesta faceta. Valores elevados são próprios dos sujeitos que tendem a sentir-se pouco à vontade perante os outros, têm receio do ridículo, tendem a sentir-se inferiores, envergonhados, tímidos e com ansiedade social. Valores baixos nesta faceta não indicam por si que o sujeito tem maiores aptidões sociais, apenas que tendem a sentir-se menos perturbados no confronto social, revelando maior segurança e consequentemente comportamentos sociais mais adequados.

N5: Impulsividade

Esta faceta remete para a incapacidade de controlar os impulsos e resistir às tentações, quer seja de comida, tabaco ou posse de objectos, mesmo que acompanhados de posterior arrependimento. Impulsividade não é contudo sinónimo de espontaneidade, capacidade de

decisão rápida ou de correr riscos. Valores mais baixos neste traço são próprios de sujeitos que resistem às tentações e com maior tolerância à frustração.

N6: Vulnerabilidade

Identifica sujeitos que se enervam, entram em pânico e se descontrolam em situações de emergência. A incapacidade de lidar com a tensão torna-os dependentes. Ao contrário, a baixa pontuação indicia pessoas que tendem a manter a calma e cabeça fria perante as situações, que são competentes, resistentes e lidam melhor com situações complicadas.

EXTROVERSÃO (E)

Esta dimensão traduz a qualidade e intensidade das interações interpessoais, o nível de actividade, a necessidade de estimulação e a capacidade de exprimir alegria. Os sujeitos extrovertidos tendem a ser sociáveis, assertivos, optimistas, afectuosos, alegres e conversadores. Amam a diversão e a multidão, pela excitação e estimulação que as acompanham, pois tendem a ser animados e enérgicos. Por isso mesmo, esta dimensão correlaciona-se com uma maior motivação para ocupações que exijam iniciativa e empreendimento. Os sujeitos extrovertidos tendem a encarar as situações de competição de forma mais favorável que as de cooperação, preferidas pelos introvertidos. A Extroversão mostra uma correlação forte com a afectividade positiva e a felicidade. Uma explicação encontrada é o facto destes sujeitos tenderem a ter mais relações sociais, ou a encetarem-nas porque têm maior afectividade positiva. Esta tendência à extroversão também se acompanha por maior desejo sexual e mais experiências desse tipo.

Segundo Lima (1997) a masculinidade e feminilidade relacionam-se com esta dimensão. Contudo, associam-se a facetas diferentes, isto é: *“a masculinidade associa-se a facetas mais activas e dominantes e a feminilidade encontra-se associada a facetas afiliativas, emocionais e vinculativas”* (p. 183).

Pontuações baixas neste domínio, reveladoras de Introversão, correspondem a sujeitos reservados, sóbrios, contidos, distantes, com ritmo de vida mais calmo, tímidos, silenciosos, amantes da solidão. Também são mais orientados para a tarefa e independentes na tomada de decisão. Contudo, isto não significa que manifestem ansiedade social, que sejam pouco amigáveis, infelizes ou pessimistas. Neste domínio incluem-se as seguintes facetas:

E1: Acolhimento caloroso

Esta é a faceta que mais se aproxima da de Amabilidade, e refere-se aos aspectos de intimidade interpessoal. As pessoas calorosas são amigáveis, conversadoras e afectuosas. Gostam genuinamente dos outros e estabelecem laços estreitos com eles. Já os sujeitos com valores mais baixos nesta faceta tendem a ser mais frios, distantes e formais, se bem que não sejam necessariamente hostis.

E2: Gregariedade

Pontuações elevadas nesta faceta são próprias de sujeitos que gostam de conviver com os outros, que procuram o contacto social e tendem a ter muitos amigos. No pólo oposto encontram-se os sujeitos que são mais solitários, evitam as multidões e preferem estar sós.

E3: Assertividade

É a faceta que revela a dominância e ascendência social, a força de vontade, confiança e decisão. É própria dos sujeitos que falam sem hesitações, tornando-se fácil e frequentemente líderes de opinião. Valores baixos nesta faceta revelam sujeitos mais reservados, que evitam afirmar-se, que preferem não dar nas vistas, deixando aos outros o papel de manifestar opinião.

E4: Actividade

Pontuações elevadas correspondem a sujeitos enérgicos, com um ritmo rápido e vigoroso, acompanhado da necessidade de ocupação. Valores baixos nesta faceta não significam preguiça e indolência, apenas que se trata de pessoas mais vagarosas e sem pressa.

E5: Procura de excitação

Valores muito elevados correspondem a sujeitos que procuram estimulações fortes e constantes, que gostam de correr riscos, apreciam ambientes ruidosos e de colorido forte. Por oposição temos os sujeitos que evitam estimulação excessiva, são cautelosos, sérios, e preferem uma vida sem sobressaltos.

E6: Emoções positivas

Esta é a faceta mais relacionada com a satisfação com a vida. No extremo desta escala encontram-se os sujeitos que são alegres, espirituosos, divertidos, tendendo a experienciar emoções positivas, como alegria, felicidade e amor. Pontuações baixas, se bem que não indiciadoras de infelicidade, revelam sujeitos pouco exuberantes e entusiastas, mais plácidos e sérios.

ABERTURA À EXPERIÊNCIA (O)

Esta é, para os autores, a dimensão mais relevante para determinar a imaginação, cognição e personalidade, relacionando-se fortemente com alguns

aspectos da inteligência, como o pensamento divergente, que é um dos pilares da criatividade. Globalmente esta dimensão traduz a procura, a apreciação da experiência *per si*, a tolerância e a exploração do não-familiar. Os componentes desta dimensão são a fantasia ou imaginação activa, a sensibilidade estética, a amplitude dos sentimentos, a abertura de ideias ou a curiosidade intelectual e o juízo independente ou liberal.

Os sujeitos abertos à experiência manifestam curiosidade em relação ao mundo interior e exterior, tendo vivências muito ricas. Tomam em consideração as novas ideias e valores não convencionais, e experienciam um leque mais variado de emoções (positivas e negativas). Tendem a ser curiosos, criativos, originais, imaginativos, com grande diversidade de interesses. Habitualmente são pouco convencionais e tradicionalistas. Facilmente colocam em causa a autoridade e adoptam novas ideias sociais, políticas e/ou éticas. Preferindo a variedade à rotina, não são necessariamente desorganizadas ou pouco controladas.

Por oposição, valores mais baixos em O correspondem a pessoas que tendem a ser mais convencionais, mais conservadores, que se sentem mais confortáveis com o familiar, com uma gama de interesses mais limitada, e sendo pouco artísticas ou analíticas. Este retraimento à experiência e maior conservadorismo, não implica necessariamente autoritarismo, ou intolerância, que se relacionam mais com baixas pontuações na amabilidade.

A abertura à experiência é um dos factores que pode ajudar a prever a tendência dos sujeitos a procurarem mudanças (de casa, de profissão, de estado civil, etc.), está relacionada com uma vida sexual mais variada, existência de maior desejo e fantasias eróticas, e atitudes mais liberais e menos conservadoras face à sexualidade.

O1: Fantasia

Pontuação elevada nesta faceta é própria dos sujeitos com uma imaginação viva e fantasia activa, que gostam de sonhar acordados e fantasiar, não como fuga, mas para criar um mundo interior mais rico e interessante. No outro extremo encontram-se os sujeitos de pensamento realistas, mais práticos e que evitam devaneios.

O2: Estética

Pontuação elevada revela um sujeito que valoriza a experiência estética, aprecia a arte e beleza, levando-o a aprofundar os seus conhecimentos neste domínio. Em oposição temos os sujeitos que são pouco sensíveis à beleza e não apreciam a arte.

O3: Sentimentos

Pontuação elevada é própria daqueles que são sensíveis e empáticos, que respondem de forma emocional às situações, que valorizam os seus sentimentos. Revelam uma maior receptividade aos sentimentos e emoções interiores e de valorização da emoção como parte importante da vida. A pontuação baixa nesta faceta revela menor ressonância interna, e leque mais limitado de emoções, com desvalorização dos diferentes estados emocionais.

O4: Acções

Sujeitos com pontuação elevada, procuram a novidade e variedade, que se traduz na procura de novas actividades, no experimentar de passatempos diferentes, visita a novos lugares, experimentar comidas pouco habituais. No pólo oposto temos os sujeitos que preferem o familiar, seguem a sua rotina habitual, e não alteram facilmente a sua maneira de ser.

O5: Ideias

Esta faceta está ligada quer à procura activa do conhecimento, como à vontade e capacidade de considerar novas ideias. Pontuações elevadas são próprias dos sujeitos intelectualmente curiosos, orientados teoricamente, que apreciam argumentos filosóficos e a resolução de quebra-cabeças. É uma faceta que favorece o desenvolvimento do potencial intelectual, se bem que por si só não implique inteligência elevada. Sujeitos com pontuação baixa são mais pragmáticos, orientados para os factos, não apreciam desafios intelectuais e têm curiosidade intelectual mais limitada.

O6: Valores

A abertura aos valores revela a disposição para reavaliar os valores sociais, políticos e religiosos. Sujeitos com pontuações elevadas têm menor conformismo, maior abertura, tolerância e horizontes mais largos. Sujeitos com pontuação mais baixa são mais dogmáticos e conservadores.

AMABILIDADE (A)

A Amabilidade ou Agradabilidade, de forma similar à Extroversão, é uma dimensão que se relaciona com as tendências interpessoais, reflectindo a qualidade da orientação para os outros, “*num contínuo que vai desde a compaixão ao antagonismo, nos pensamentos, sentimentos e acções*” (Lima, 1997, p. 189).

Assim, o sujeito amável é altruísta, tem bons sentimentos, é benevolente, digno de confiança, prestável, simpático, crédulo face aos outros, recto e com tendência a perdoar. No pólo oposto temos os sujeitos hostis, que são egocêntricos, cínicos, rudes, desconfiados, pouco cooperativos, vingativos, irritáveis, manipuladores, cépticos e mais competitivos que cooperativos. As facetas que constituem este domínio são:

A1: Confiança

Uma pontuação elevada é própria dos sujeitos que tendem a atribuir intenções benévolas aos outros e a avaliá-los como honestos e bem intencionados. No pólo inverso temos aqueles que tendem a ser cínicos, cépticos e que suspeitam das intenções dos outros.

A2: Rectidão

Esta variável tem sido considerada mais relevante para a psicologia moral do que para a da personalidade. O sujeito com pontuação elevada é franco, frontal, sincero e ingénuo ao lidar com os outros. A pontuação baixa é própria dos sujeitos calculistas, manipuladores através do elogio ou da chantagem, podendo mesmo ser maquiavélicos. Não sendo necessariamente desonestos, tendem a esconder a verdade e os seus sentimentos.

A3: Altruísmo

Valores elevados na escala revelam sujeitos com preocupação activa pelos outros, generosos, filantropos, corteses, que tem consideração pelos outros, interesse social, são capazes de auto-sacrifício e manifestam grande vontade de ajudar. Um baixo valor revela pessoas mais centradas em si e mais relutantes em se envolver nos problemas dos outros.

A4: Complacência

Esta escala reflecte a vontade de ajudar e a tolerância face aos outros. Uma pontuação elevada mostra que o sujeito é brando, aceita as opiniões dos outros, inibe a sua agressividade, esquece e perdoa. O pólo oposto reflecte a agressividade, a contestação, a tendência ao antagonismo e competição. Estes sujeitos não se coíbem de manifestar a sua irritação.

A5: Humildade ou Modéstia

A modéstia refere-se a uma dimensão do auto-conceito. O sujeito com pontuação elevada nesta faceta é humilde e pouco preocupado consigo próprio, embora não signifique que tenha baixa auto-estima e pouca confiança em si. Já um valor baixo reflecte a arrogância, a visão exaltada de si, as tendências narcísicas e sentimentos de superioridade.

A6: Sensibilidade

Esta escala reflecte as atitudes de simpatia e preocupação face aos outros. Num pólo temos os sujeitos que se guiam pelos sentimentos (como a simpatia), quando ajuízam e tomam atitude face aos outros. Daí que tendam a realçar o lado humano naquilo que se refere à política social. No pólo oposto temos os sujeitos que são mais realistas e racionais, e que não se comovem facilmente.

CONSCIENCIOSIDADE (C)

Esta dimensão foi conceptualizada de forma a aferir aspectos proactivos e inibidores da acção. A proactividade revela a necessidade de realização e apego ao trabalho, enquanto a inibição revela os escrúpulos morais e a prudência. A conscienciosidade dá conta do grau de organização, persistência e motivação e auto-controlo no comportamento orientado para um objectivo. O auto-controlo tem a ver com um processo activo de planificação, organização e prossecução das tarefas. O sujeito consciencioso é dotado de força de vontade, determinação, é de confiança, escrupuloso, pontual, organizado, trabalhador, auto-disciplinado e ambicioso.

Valores elevados nesta dimensão podem relacionar-se com o êxito académico e profissional mas, na sua vertente negativa, liga-se a tendências compulsivas ou à mania do trabalho. No pólo oposto encontram-se os sujeitos menos obstinados na prossecução dos seus objectivos. São mais preguiçosos, despreocupados, negligentes e com fraca força de vontade, não implicando contudo que tenham falta de princípios morais. Existe alguma evidência de serem mais hedonistas e com maior interesse por sexo. As 6 facetas desta dimensão são:

C1: Competência

A competência foi definida como o sentimento de que se é capaz, sensível, prudente e eficaz. O sujeito com pontuações elevadas é capaz e está preparado para lidar eficazmente com as situações. Já pontuações baixas são encontradas em sujeitos que duvidam das suas aptidões, que se consideram mal preparados e ineficazes. Por isso esta faceta é aquela que mais se relaciona com a auto-estima e locus de controlo interno.

C2: Ordem

Esta faceta relaciona-se com a organização, com a tendência à arrumação e limpeza do seu espaço. Valores baixos são próprios dos sujeitos incapazes de organização e pouco metódicos. Levada ao extremo pode indiciar uma desordem compulsiva de personalidade.

C3: Obediência ao dever

Esta faceta está relacionada com o cumprimento do dever e à obediência aos princípios. Pontuações elevadas revelam adesão estrita aos padrões de conduta, princípios éticos e obrigações morais. Pontuações baixas nesta faceta revelam menor rigor face a estes aspectos, podendo mesmo revelar irresponsabilidade dos sujeitos.

C4: Esforço de realização

Pontuações elevadas nesta faceta são características de indivíduos diligentes, com níveis de realização elevados e forte motivação para os alcançar. Se extremadas podem indiciar investimento excessivo na carreira e vício do trabalho. No pólo oposto, encontram-se os sujeitos com menor preocupação face a esta realização, que não se motivam para o sucesso e com falta de ambição. Geralmente mostram-se satisfeitos com o seu nível de aspiração, podendo mesmo revelar preguiça.

C5: Auto-disciplina

Esta faceta relaciona-se com a aptidão para concretização das tarefas iniciadas, apesar do cansaço, distrações ou enfado causado pela mesma. Pontuações levadas nesta faceta revelam que o sujeito é capaz de auto-motivação para a prossecução dos objectivos. Indivíduos com pontuações baixas terão maior tendência a desistir perante a frustração e contratempos, não conseguindo realizar aquilo que pensam dever fazer.

C6: Deliberação

A deliberação em alto grau reflecte a capacidade de planificar e ponderar, e a tendência a ser cauteloso nas decisões. Já sujeitos com baixa pontuação revelam propensão a falar e agir sem medir as consequências. Contudo, poderão ser espontâneos e capazes de decisões imediatas mas perspicazes.

Os autores recomendam que para análise do perfil individual obtido se considere cada dimensão por si, mas também se tenha em conta as relações das facetas entre si. Uma outra estratégia consiste em considerar pares de dimensões de personalidade que estão de alguma forma ligadas a áreas particulares da vida do indivíduo nomeadamente o plano afectivo, definido pelas dimensões Neuroticismo e Extroversão e o plano interpessoal definido pelas dimensões Extroversão e Amabilidade. Já as dimensões conjuntas Extroversão e Conscienciosidade parecem determinar padrões de actividade, a Abertura à experiência e Amabilidade são relevantes para o estudo das atitudes enquanto a Amabilidade e Conscienciosidade poderão representar as dimensões básicas da personalidade (Lima, 1997).

1.10. Objectivos do estudo e questões de investigação

A partir da nossa prática clínica de avaliação e aconselhamento de mulheres candidatas a doação de ovócitos, e dado tratar-se da única população referenciada em Portugal, pareceu-nos pertinente realizar um estudo que permitisse avaliar quem são as mulheres que, no nosso país, se predispõem a ser dadoras. Este estudo teve como objectivo permitir um conhecimento sobre esta população “rara”, com o fim de melhorar a prática clínica de avaliação e aconselhamento.

Com base na revisão de literatura sobre mulheres em processo de doação de ovócitos, podemos afirmar que a investigação feita se tem centrado na avaliação da psicopatologia, na análise das motivações para a doação e no *follow-up* do ajustamento emocional e satisfação após o processo.

Estando suficientemente estabelecida a inexistência de patologia nesta população, pareceu-nos redundante estabelecer esse objectivo de investigação. Dado ser um processo recente e único no país, afigurou-se-nos óbvio começar por um estudo exploratório das características psicológicas e sociais desta população, deixando para mais tarde a realização de um estudo retrospectivo da adaptação ao processo.

Não nos foi espontâneo delinear uma investigação que pudesse dar resposta ao objectivo de perceber as características psicológicas e motivações para a doação, até porque, quer pelos dados da literatura quer pela nossa prática clínica, não parecem emergir aspectos diferenciadores face a amostras similares de outros países.

Por outro lado, se uma metodologias de tipo qualitativo, como um estudo de caso, permitiria aprofundar as motivações subjacentes a uma decisão que se nos afigura difícil pelas suas implicações físicas e psicológicas, pareceu-nos porém pertinente tentar caracterizar este grupo numa abordagem mais quantitativa, de modo a poder partilhar esta informação com outros interessados na temática que não atribuam a mesma relevância às metodologias de tipo qualitativo.

Não havendo no nosso país legislação específica sobre reprodução assistida, isso obriga a uma reflexão constante no sentido de estabelecer orientações para a prática de todos os intervenientes no processo, pelo que nos pareceu relevante obter o máximo de informação que possa ser útil na tomada de decisão face a esta população.

Tendo em atenção estes aspectos, delineou-se uma investigação na forma de estudo exploratório das dimensões normais da personalidade, da motivação e, cumulativamente, de variáveis psicossociais com relevância para o estudo da população em causa.

Para o estudo da personalidade, baseámo-nos no modelo dos cinco factores básicos da personalidade, operacionalizado através do NEO-PI-R. Esta escolha prendeu-se com o facto de se tratar de um inventário que permite uma descrição global da personalidade normal, sintetizando o padrão individual a nível emocional, interpessoal, atitudinal e motivacional.

Este estudo de uma amostra rara pode ser descrito como sendo de tipo transversal, descritivo e comparativo. Dada a existência de valores normativos para a variável personalidade, optou-se por não criar um grupo de controlo, já que se poderia realizar uma análise comparativa dos participantes face à população normativa. Cumulativamente, pretendeu-se estabelecer a existência ou não de diferenças de personalidade no seio da amostra, concretamente entre as mulheres que concretizaram o processo, e aquelas que não o fizeram por decisão pessoal.

Estávamos particularmente interessados em explorar a existência de diferenças nalgumas das dimensões e facetas de personalidade, avaliadas pelo NEO-PI-R, nomeadamente as do Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência e Amabilidade, na sua faceta Altruísmo, dado que de algum modo se relacionam com outras variáveis que têm sido referidas na literatura como tendo relevância na doação de ovócitos. De facto, variados estudos sobre as atitudes face à doação referem ser o altruísmo uma das principais motivações para a doação, e contudo nenhum deles utilizou um instrumento especificamente desenhado para avaliação desta variável psicológica.

De forma paralela, pretendia-se proceder a uma caracterização sócio-demográfica da amostra, no sentido de nos proporcionar um conhecimento genérico desta população, e estabelecer paralelismos com a literatura existente relativa a amostras similares noutros países.

Em resumo, as nossas questões fundamentais de investigação pretendiam averiguar se existiriam *diferenças de personalidade nas mulheres que se propuseram doar ovócitos comparativamente às mulheres da população em geral e se existiriam diferenças de personalidade entre o grupo de mulheres que concretizou a doação e aquelas que desistiram do processo por decisão pessoal.*

Cumulativamente pretendíamos averiguar de forma qualitativa se constataríamos a existência de semelhanças entre a nossa amostra e outras descritas na literatura, quanto a:

- a) *motivação para o processo e factores com influência na tomada de decisão;*
- b) *estabilidade pessoal à data da tomada de decisão;*
- c) *tipo de informação desejada sobre o processo.*

Tendo sido frequentemente constatado nas amostras de dadoras, a ocorrência de perturbação na família de origem e o afastamento precoce da figura paterna, pretendíamos de forma paralela explorar a história pessoal das participantes neste estudo, no sentido de avaliar da presença desse factor. Esta questão pareceu-nos pertinente porque, subjectivamente, nos parecia que este último acontecimento estava presente na história de muitas mulheres, embora não parecesse ter uma influência determinante na sua adaptação actual. Parecia-nos mesmo que, para algumas mulheres, essa separação conduziu a uma responsabilização e maturidade precoces, valorizadas pelas próprias.

Pelo exposto, outro dos nossos objectivos foi confirmar se esse facto tinha ocorrido, e em que medida essa separação teve consequências na vida dessas mulheres. É de realçar que tínhamos a consciência que, por não ter sido criado nenhum grupo de controlo, esta questão apenas poderia ser explorada no seio da amostra, não podendo ser objecto de extrapolações para grupos diferentes.

MÉTODO

2.1. Participantes

Para selecção da população do estudo foram definidos os seguintes critérios: todas as mulheres que desde 2001 se dispuseram à doação de ovócitos numa clínica privada em Lisboa. Algumas não foram aceites como dadoras, outras desistiram na sequência de entrevista psicológica e outras não compareceram a exames médicos, após serem aceites para iniciar o processo.

A nossa amostra é constituída por um grupo de 37 elementos, correspondendo a 58% do total de mulheres que se candidataram à doação. Excluindo 3 mulheres que fizeram a doação a casais conhecidos ou em situação de anonimato personalizado, todas as outras realizaram doação anónima.

A sua média de idades actual é de 30,4 anos, contudo, é de salientar a existência de duas mulheres com 38 e 46 anos, que influenciam fortemente os valores desta variável. Dado que a decisão e o processo de doação abrangem o período de 2001 a 2004, poderá haver diferenças de cerca de 3 anos, entre a idade actual e a idade à data do processo.

Nesta amostra a maioria das mulheres é solteira (48,6%) e tem até 12 anos de escolaridade (62,1%). Quanto à ocupação profissional à data da decisão (obtida através das entrevistas) uma mulher estava desempregada, uma era empregada fabril, 13% eram estudantes universitárias, enquanto aproximadamente 67% trabalhava nos serviços.

Entre as participantes apenas 59% viveu com o pai até à maioridade. No entanto, 97,3% viveu com a mãe até essa idade.

Quanto à história reprodutiva, 62,2% das mulheres já esteve grávida e 67,6% nunca fez IVG. A existência ou não de filhos assume valores muito semelhantes entre as participantes (respectivamente 51,4% e 48,6%). A maioria das mulheres desejava vir a ter filhos no futuro (43,2%).

Sobre o modo como teve conhecimento do processo de doação 51,4% das participantes soube através de amigos e 29,7% através da comunicação social. Verifica-se igualmente que 67,6% das mulheres não conhece ninguém que tivesse realizado este processo.

O tempo médio de tomada de decisão foi de 4,3 meses, tendo as dadoras partilhado a sua intenção com amigos (29,7%,) e com o companheiro ou namorado (21,6%). Nesta amostra 40,5 % das mulheres concretizaram o processo. Das participantes que não fizeram a doação, 53% desistiu, 24% aguardam o início de tratamento e 12% não foram aceites como dadoras.

Apresentaremos em seguida uma análise descritiva mais detalhada das participantes neste estudo aquando da resposta ao questionário.

A média de idades actual é de 30,38 com desvio padrão de 5,4 anos. A idade máxima e mínima são de respectivamente 22 e 48 anos (anexo 2).

IDADE	FREQUÊNCIA	%
20 a 25 anos	7	18,9
26 a 30 anos	14	37,8
31 a 33 anos	11	29,7
> 35 anos	5	13,5
Total	37	100

Quadro 2 – Frequência de idade por intervalos

No que se refere ao estado civil constata-se que na nossa amostra, a maioria das mulheres é solteira.

ESTADO CIVIL	FREQUÊNCIA	%
Solteira	18	48,6
Casada	7	18,9
União de facto	3	8,1
Divorciada	3	8,1
Separada	6	16,2
Total	37	100

Quadro 3 – Frequências relativas ao estado civil

Agregando os dados de forma a caracterizar a situação conjugal, verifica-se que aproximadamente 49% das mulheres são solteiras, 27 % têm um relacionamento de tipo conjugal, enquanto 24% estão separadas ou divorciadas.

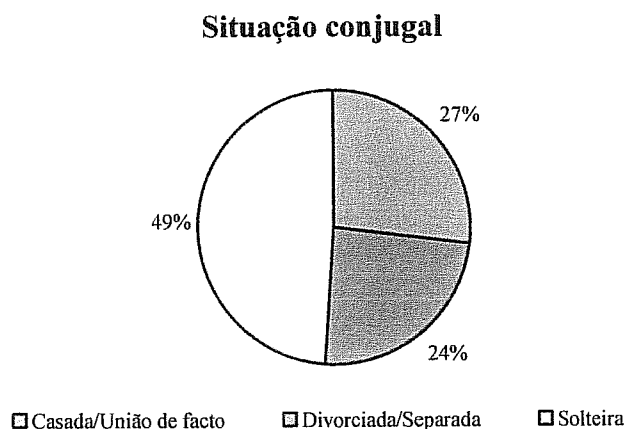


Gráfico 1

Relativamente ao grau de habilitações académicas das participantes, verificamos que a maioria possui até 12 anos de escolaridade.

ESCOLARIDADE	FREQUÊNCIA	%
Até 9 anos	5	13,5
Até 11 anos	5	13,5
Até 12 anos	13	35,1
Bacharelato	4	10,8
Licenciatura	7	18,9
Frequência universitária	2	5,4
NR	1	2,7
Total	37	100

Quadro 4 – Habilitações académicas

Com base nos dados obtidos podemos quantificar que 13,5% das participantes tem um nível de ensino inferior ou equivalente à escolaridade obrigatória, 48,6% possui escolaridade ao nível do ensino secundário e 35,1% frequência ou diploma universitário. No grupo de participantes com a

escolaridade mínima obrigatória ou inferior englobam-se os dois elementos mais velhos da amostra (38 e 48 anos).

No que se refere à vivência conjunta com o pai, observa-se uma grande dispersão quanto à idade até à qual viveu conjuntamente com o pai.

IDADE ATÉ À QUAL VIVEU C/ PAI	FREQUÊNCIA	%
0	3	8,1
2	1	2,7
6	1	2,7
7	2	5,4
9	1	2,7
10	2	5,4
12	2	5,4
14	1	2,7
16	1	2,7
19	1	2,7
20	2	5,4
21	3	8,1
22	3	8,1
23	3	8,1
24	4	10,8
26	1	2,7
27	1	2,7
29	2	5,4
30	1	2,7
32	1	2,7
NR	1	2,7
Total	37	100

Quadro 5 – Idade até à qual viveu com o pai.

A resposta que não está contabilizada corresponde a uma mulher que, pelo facto dos pais estarem fora do país, viveu com estes de forma intermitente. Dos 6 aos 9 anos esteve em colégio interno. Dos 10 aos 13 viveu com só com a mãe. Dos 15 aos 17 viveu novamente em colégio interno, e tornou a viver com mãe até aos 24 anos.

Idade de vivência com pai

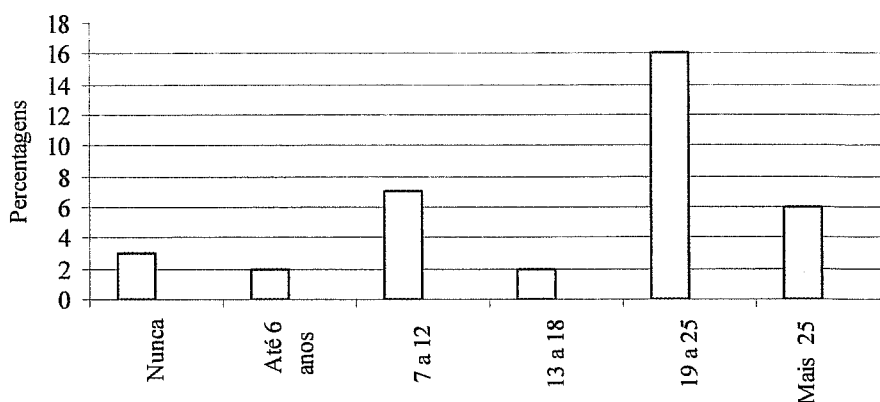


Gráfico 2

Podemos concluir que só 62,2% das participantes viveu com o pai até à idade adulta, enquanto 32,4% deixou de viver com ele antes da adolescência.

No que se refere à vivência conjunta com a mãe, expressa no Quadro 6, ocorrem menores diferenças entre as participantes.

IDADE ATÉ À QUAL VIVEU C/MÃE	FREQUÊNCIA	%
14	1	2,7
16	1	2,7
18	1	2,7
19	3	8,1
20	5	13,5
21	4	10,8
22	4	10,8
23	2	5,4
24	5	13,5
25	1	2,7
26	3	8,1
27	2	5,4
29	2	5,4
30	1	2,7
32	1	2,7
NR	1	2,7
Total	37	100

Quadro 6 – Idade até à qual viveu com a mãe

Podemos verificar que apenas 3 dos elementos desta amostra não viveram conjuntamente com a mãe até à maioridade. A resposta que não está contabilizada corresponde à mesma participante já anteriormente referida, que viveu de forma intermitente com os pais.

Quanto a factores relacionados com a história reprodutiva, constata-se que 62,2% das mulheres já esteve grávida.

GRAVIDEZ	FREQUÊNCIA	%
Não	14	37,8
Sim	23	62,2
Total	37	100,0

Quadro 7 – Existência de gravidez prévia

Neste grupo de mulheres, 68% nunca recorreu à interrupção voluntária de gravidez, conforme se pode confirmar no quadro abaixo.

IVG	FREQUÊNCIA	%
Não	25	67,6
Sim	12	32,4
Total	37	100,0

Quadro 8 – Realização de IVG

Relativamente à existência de filhos, constata-se a existência de um equilíbrio quanto ao número de mulheres que têm filhos, e o das que não os têm.

FILHOS	FREQUÊNCIA	%
Não	18	48,6
Sim	19	51,4
Total	37	100,0

Quadro 9 – Existência de filhos

De entre as mulheres que participaram neste estudo, apenas 13,5% afirmam não desejar ter filhos, enquanto 43% desejam vir a tê-los no futuro. Entre as que não respondem, encontram-se aquelas que já ultrapassaram a idade fértil.

DESEJO DE FILHOS	FREQUÊNCIA	%
Não	5	13,5
Sim	16	43,2
Não sabe	9	24,3
NR	7	18,9
Total	37	100

Quadro 10 – Desejo de ter filhos

No que se refere ao processo de doação, a maioria das mulheres tomou conhecimento da possibilidade de ser doadora, maioritariamente através dos amigos e pela comunicação social.

COMO TOMOU CONHECIMENTO	FREQUÊNCIA	%
Amigos	19	51,4
Familiares	5	13,5
Comunicação social	11	29,7
Internet	1	2,7
Outros	1	2,7
Total	37	100,0

Quadro 11 – Como tomou conhecimento do processo

Apesar da maioria das mulheres ter tomado conhecimento do processo através de amigos, aproximadamente 68% das mulheres não conheciam outras que tivesse feito doação de ovócitos.

CONHECIMENTO DE OUTRAS DADORAS	FREQUÊNCIA	%
Não	25	67,6
Sim	12	32,4
Total	37	100,0

Quadro 12 – Conhecimento de outras dadoras

No que diz respeito à partilha da sua decisão de ser dadora, apenas uma mulher referiu não ter contado a ninguém. A maioria das mulheres contou a amigos e falou com o marido/companheiro ou namorado.

COM QUEM FALOU	FREQUÊNCIA	%
Amigos	11	29,7
Marido/Namorado	8	21,6
Família	4	10,8
Amigos e Marido/Namorado	3	8,1
Amigos e Família	4	10,8
Namorado e Família	3	8,1
Amigos, Marido/Namorado e Família	3	8,1
Não contou	1	2,7
Total	37	100

Quadro 13 – Com quem partilhou a decisão de doar

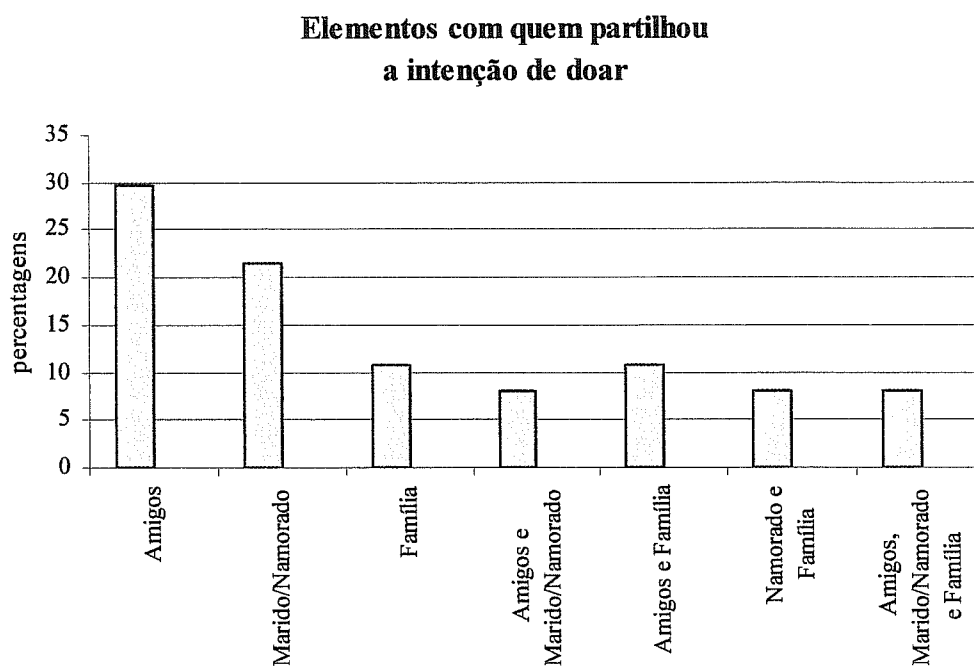


Gráfico 3

Podemos constatar que a decisão de doar não é um facto privado, havendo uma partilha alargada por parte da maioria das participantes.

O tempo médio entre o saber da possibilidade de doação e a tomada de decisão foi de 4,3 meses. Um mês foi o tempo mínimo de espera e 24 meses o período máximo de tomada de decisão (anexo 2).

Das 37 participantes que compõem a nossa amostra, aproximadamente 41% concretizaram a doação, enquanto 50% não a realizou.

CONCRETIZOU A DOAÇÃO DE OVÓCITOS?	FREQUÊNCIA	%
Sim	15	40,5
Não	17	45,9
Em processo	5	13,5
Total	37	100

Quadro 14 – Concretização da doação

Quanto aos motivos pelos quais não se concretizou o processo de doação, das 17 das mulheres que a não realizaram, 53% desistiu por sua iniciativa enquanto 24% aguarda início do tratamento.

MOTIVOS	FREQUÊNCIA	%
Desistiu	9	52,9
Aguarda início do tratamento	4	23,5
Outros	2	11,8
Não aceite	2	11,8
Total	17	100,00

Quadro 15 – Motivos da não concretização da doação

No que se refere à motivação para doar, essa questão será abordada no capítulo de apresentação de resultados, com vista a permitir a resposta às questões de investigação.

Dado o número reduzido de situações de desistência, transcrevemos as respostas à questão sobre os motivos de desistência.

- “Porque não me sentiria feliz em saber que colaborei para colocar uma criança no mundo (um filho meu) e nunca seria mãe dele, o dinheiro nesse contexto deixa de ter importância, os meus valores estão acima de tudo”
- “Porque comecei a imaginar como seria ter uma parte de mim sem saber onde, porque seria sempre uma parte de mim”
- “Depois de ter analisado a situação, penso que futuramente não iria estar bem com a ideia de ter uma criança com os meus traços genéticos”
- “Receio de que isso me causasse algum problema físico; oposição do namorado”
- “O facto de não me sentir esclarecida na íntegra. Temos que tomar as injeções pelos nossos próprios meios e no dia da doação, parece que é chega, doar e andar.”
- “Depois de reflectir bastante cheguei à conclusão que não concordava, moralmente, com a doação de ovócitos. Sou apologista da adopção. Por outro lado é algo que não deve ser feito por motivos financeiros. Digamos que tive uma crise de consciência”
- “Ter que disponibilizar tempo e muitos gastos”

Analisando o conteúdo das respostas dadas pelas desistentes, consideramos que elas poderão englobar-se em 4 categorias temáticas:

- Desconforto face à ideia de um descendente e não dissociação da filiação biológica com a ideia de maternidade
- Receio de riscos físicos ou aspectos médicos do processo
- Discordância moral face ao processo
- Existência de prejuízo pessoal decorrente da doação

2.1. Materiais

Os materiais utilizados neste trabalho foram as Fichas de Entrevista clínica dos participantes, um questionário de Caracterização da Amostra e o Inventário de personalidade NEO-PI-R na versão portuguesa.

2.1.1. Fichas de entrevista clínica

A entrevista clínica de avaliação e aconselhamento das dadoras é realizada com base num guião. A informação obtida é resumida numa ficha, sendo posteriormente analisada, dando origem a um parecer que é apenso ao processo clínico.

Os aspectos abordados na entrevista são os seguintes:

- idade, estado civil, número de filhos e sua idade, escolaridade e profissão;
- pesquisa da história familiar (vivência conjugal dos pais, existência e relação com irmãos e sobrinhos, ocorrência de patologia psiquiátrica, etc.)
- história pessoal nomeadamente a vivência escolar e profissional, relações interpessoais e amorosa;
- história sexual e reprodutiva (início, parceiros, existência de gravidez e IVG, etc.)
- desejo de ter filhos, relações actuais e planos pessoais para o futuro;
- motivação para o processo, como surgiu a informação sobre o mesmo, o grau de conhecimento das implicações genéticas da doação (se sabe o que representa um ovócito), expectativas face ao processo, representações face ao ovócito, partilha com outros da intenção de doar, etc.

- aspectos ligados à existência de gravidez múltipla, crenças religiosas e éticas, nomeadamente sobre a existência e disposição dos embriões excedentários.
- informação desejada sobre o processo.

A informação constante nas fichas foi transcrita e sujeita a análise de conteúdo, de acordo com os procedimentos descritos no ponto respectivo.

Temos consciência que se trata de resumos feitos com base em dados objectivos fornecidos pelas mulheres e de outros inferidos por nós, e que foram evoluindo de acordo com a experiência entretanto adquirida. Por esse facto, é possível determinar a evolução da prática clínica, através do alargamento das temáticas abordadas, que decorreram da reflexão e leituras entretanto efectuadas, existindo algumas diferenças entre as entrevistas conduzidas ao longo de 4 anos.

Para ultrapassar esta limitação, do conjunto de questões inicialmente formuladas para servirem de base à análise de conteúdo, mantiveram-se apenas aquelas sobre as quais era possível obter informação sobre a maior parte das participantes, a partir da transcrição das entrevistas.

2.1.2. Questionário de caracterização da amostra

O questionário de caracterização da amostra foi concebido de forma a permitir uma descrição detalhada dos participantes quanto a alguns indicadores demográficos e psicossociais referidos na literatura como tendo relevância para o problema em questão (anexo 3). Pretendia-se igualmente obter informação que, por qualquer motivo, não tivesse sido obtida ou estivesse em falta nas Fichas de Entrevista clínica. Para além das variáveis demográficas como idade, estado civil e escolaridade, pareceu-nos importante caracterizar o grupo quanto a questões relacionadas com a história reprodutiva: existência de gravidez, de filhos e existência de Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) no passado.

Optou-se por não incluir uma questão relativa à profissão exercida, embora se reconheça poder ter havido mudanças na actividade profissional no

período que mediou entre a entrevista e o preenchimento do questionário. Esta decisão baseou-se no facto de, ser cada vez mais frequente não existir uma relação directa entre a profissão exercida e as habilitações que se possui. Por outro lado, essa informação constava das fichas de entrevista.

Tendo encontrado inúmeras referências à existência de perturbação familiar na família de origem, e mais concretamente situações de abandono parental, considerou-se vantajoso incluir um item que, de forma indirecta, permitisse perceber da existência dessa característica na nossa amostra. Decidimos então incluir dois itens de informação sobre o tempo de convivência com o pai e mãe, sabendo contudo que os resultados obtidos apenas poderiam ser avaliados de forma qualitativa.

De acordo com a literatura, a decisão de doação não é um assunto secreto para as mulheres que a fazem. Para tentar perceber o grau de “conforto” face à decisão, incluiu-se uma questão que tinha como objectivo saber do grau de partilha desta decisão.

Também optámos por criar um item que nos permitisse perceber se a mulher conhecia outras que já o tivessem feito, embora a prática nos indique que essa informação geralmente é passada de “boca em boca”. Estabelecemos igualmente um item que nos desse indicação sobre o período de tempo de ponderação para a decisão de doar.

Para a elaboração da questão relacionada com os factores com influência na decisão de doar, foram tidos em consideração quer aspectos descritos na literatura, quer dimensões resultantes da nossa prática clínica. Alguns foram expressos de forma aberta pelas mulheres, enquanto outros foram por nós inferidos como tendo influência na decisão, nomeadamente o desejo de confirmação da sua fertilidade. Assim sendo, decidimos inclui-los no sentido de confirmar ou infirmar estas hipóteses.

Aquando do pré-teste, realizado com duas mulheres, verificou-se que, para além de terem seleccionado os factores de motivação para o processo, ambas teceram comentários a explicar melhor as suas motivações. Decidimos por isso apresentar uma questão aberta destinada a uma análise qualitativa.

Na primeira versão do questionário solicitava-se às participantes que ordenassem por ordem decrescente de importância os factores de motivação para a doação. Na sequência do pré-teste, percebemos contudo que alguns factores poderiam não assumir qualquer peso na decisão, tendo apesar disso as inquiridas que lhes atribuir uma ordem. Assim sendo, reestruturámos esta questão, solicitando apenas que assinalassem quais os factores com influência para a sua decisão, sem estabelecimento de qualquer ordem entre eles.

Uma última questão aberta pretendia tentar perceber quais as razões de desistência do processo, destinando-se a posterior análise qualitativa.

2.1.3. O inventário de personalidade NEO-PI-R

O instrumento utilizado neste estudo foi o INVENTÁRIO DE PERSONALIDADE NEO REVISTO (NEO-PI-R) aferido para a população portuguesa (anexo 4).

A sua escolha foi feita tendo em conta alguns aspectos fundamentais:

- estando estabelecida a não existência de patologia na população das dadoras de ovócitos, seria desejável utilizar um instrumento que permitisse avaliar dimensões normativas da personalidade;
- algumas dimensões deste instrumento estão relacionadas com aspectos psicológicos que têm sido referidos na literatura como tendo implicação para a decisão de doar, concretamente a Extroversão e a Amabilidade, (que inclui especificamente uma faceta relacionada com o altruísmo), ou passíveis de ser inferidos face ao objecto em estudo, como a Abertura à experiência;
- trata-se do único inventário de personalidade aferido para a população portuguesa, o que permitiria proceder a comparações entre o nosso grupo e a população em geral.

Cumulativamente, salientamos que o NEO-PI-R foi utilizado em duas investigações na área da Maternidade e Reprodução, concretamente por Botelho (1999) num estudo pretendendo relacionar a personalidade e ocorrência de parto

premature, e por Cabral (2001) com uma amostra de mulheres inférteis, tendo sido possível constatar nas duas investigações, da existência de diferenças entre os participantes e a população normativa⁴⁷.

O NEO-PI-R foi aferido para a população portuguesa por Lima (1997). O estudo empírico definitivo foi realizado com base na sua aplicação a uma amostra de 2000 adultos, o mais representativa possível do universo da população portuguesa, com o fim de validação do instrumento e de estabelecimento das normas de aplicação nacionais.

O NEO-PI-R foi aplicado a 89,05% pessoas enquanto 10,95% respondeu a uma bateria de testes, a fim de permitir a validação do instrumento.

A análise factorial dos itens, recorrendo à análise de componentes principais e rotação *varimax*, mostrou a existência de 5 factores que explicavam 20.998 da variância, sendo semelhantes aos encontrados pelos autores do NEO-PI-R. A predição da identificação dos 5 factores através da análise factorial das 30 facetas, também se confirmou, ao revelar que estas dimensões explicavam 54% da variância. Confirmou-se que, exceptuando uma faceta, todas as outras pertencentes ao mesmo factor estavam correlacionadas entre si, com os instrumentos que avaliavam esse factor, e com a dimensão a que pertenciam, com correlações positivas e superiores a 0.3. Quanto à consistência interna calculada pelo alfa de Cronbach, os resultados foram muito similares aos obtidos no estudo original, variando entre 0.83 e 0.90, no estudo piloto, contra os valores de 0.86 e 0.92 obtidos pelos autores.

Este instrumento tem mostrado ter grande validade clinimétrica ao ser utilizado com sucesso no aconselhamento, psicoterapia, diagnóstico, aconselhamento, e no âmbito da saúde, substituindo com vantagem as medidas de tipo psicopatológico.

O estudo de validação para a população portuguesa revelou uma grande equivalência funcional, constituindo uns instrumentos com grande poder psicométrico e o único teste de personalidade deste tipo aferido (Lima, 1997).

⁴⁷ Uma sùmula dos resultados desta investigação é referida por Gonçalves; Simões; Almeida & Machado (2003).

O NEO-PI-R é um inventário com 240 itens, que pretende medir as cinco principais dimensões ou domínios da personalidade, bem como alguns dos traços (facetas) que definem cada um destes domínios. O conjunto dos itens permite aceder às características dominantes de personalidade do sujeito, distribuídas em 5 domínios gerais, cada um deles integrando 6 facetas. No quadro seguinte apresentamos as cinco dimensões da personalidade e suas respectivas facetas.

DIMENSÃO	FACETAS
(N) NEUROTICISMO	N1: Ansiedade N2: Hostilidade N3: Depressão N4: Auto-Consciência N5: Impulsividade N6: Vulnerabilidade.
(E) EXTROVERSÃO	E1: Acolhimento caloroso E2: Gregariedade E3: Assertividade E4: Actividade E5: Procura de excitação E6: Emoções positivas
(O) ABERTURA À EXPERIÊNCIA	O1: Fantasia O2: Estética O3: Sentimentos O4: Acções O5: Ideias O6: Valores
(A) AMABILIDADE	A1: Confiança A2: Rectidão A3: Altruísmo A4: Complacência A5: Modéstia A6: Sensibilidade
(C) CONSCIENCIOSIDADE	C1: Competência C2: Ordem C3: Dever C4: Esforço de realização C5: Autodisciplina C6: Deliberação

Quadro 16 – Dimensões e facetas do NEO-PI-R

A título exemplificativo apresentamos alguns dos itens de cada uma das dimensões do inventário.

NEUROTICISMO

Ex. "Ao lidar com outras pessoas, tenho sempre receio de ser mal sucedido"

Ex. " Já houve alturas, em que fiquei tão envergonhado(a), que desejava meter-me num buraco"

EXTROVERSÃO

Ex. "Gosto mesmo da maioria das pessoas que encontro"

Ex. "Muitas vezes sinto-me a rebentar de energia"

ABERTURA À EXPERIÊNCIA

Ex. "Tenho uma imaginação muito activa"

Ex. "Fico admirado(a) com os modelos que encontro na arte e na natureza"

AMABILIDADE

Ex. "Preferia colaborar com as outras pessoas do que competir com elas"

Ex. "Acredito que a maioria das pessoas são, no fundo, bem intencionadas"

CONSCIENCIOSIDADE

Ex. "Sou conhecido(a) pela minha prudência e bom senso"

Ex. "Tenho objectivos claros, e faço por atingi-los, de uma forma ordenada"

Este inventário permite o auto-preenchimento ou resposta apoiada, é de aplicação individual ou colectiva, e tem um tempo médio de passagem de 45 minutos. Está indicado para população de ambos os sexos com idades a partir dos 17 anos, adequando-se a qualquer etnia ou grupo social, nível de instrução e contexto de utilização.

Foi construído na forma de escala tipo Likert com 5 opções de resposta: *Discordo Fortemente / Discordo / Neutro / Concordo / Concordo Fortemente*. A cotação do teste faz-se por agrupamento em 5 sub-escalas cada uma delas correspondendo um factor ou dimensão de personalidade. A pontuação de cada

factor obtém-se somando as pontuações de cada uma das 6 facetas que o constituem, enquanto a determinação dos valores de cada faceta se faz somando os 8 itens que a compõe.

Quando a omissão de respostas pelo respondente não ultrapassa o número de 41, pode-se mesmo assim analisar se os dados poderão ser cotados e interpretados com alguma validade. Nestas situações, os itens deverão ser considerados como respostas neutras, mas, em utilização com grandes amostras, existe a alternativa de para cada item, ser utilizada a média de resposta do grupo. Contudo, a análise da pontuação das facetas poderá ser prejudicada ou impossível de realizar se o sujeito omitir mais de 3 itens por faceta.

As escalas estão construídas de forma a poder avaliar-se o efeito de aquiescência, pelo que deverá haver cuidado na interpretação, sempre que o respondente assinalou mais de 150 questões com concordo ou concordo fortemente. O mesmo se verifica para a discordância, sempre que o sujeito respondeu mais de 50 vezes com o item discordo ou discordo fortemente.

Como aspectos controversos do NEO-PI-R podemos apontar a não existência de escalas que permitam avaliar a desejabilidade social, ou especificamente destinadas a detectar a falsidade na resposta. No entanto, os autores originais, não recomendam a aplicação de escalas de desejabilidade social por advogarem que estas se correlacionam com as de Neuroticismo e Abertura à Experiência, conduzindo portanto a informação redundante.

Também foi criticada a ausência de informação relativa a adultos pouco escolarizados ou de nível sócio-económico baixo (Lima, 1997).

2.3. Procedimentos

No sentido de obter o máximo de informação sobre os participantes e possibilitar uma resposta às nossas questões de investigação, estabeleceram-se duas metodologias distintas.

Uma, de tipo quantitativo, utilizou como materiais o questionário de caracterização da amostra e o NEO-PI-R. Com base nos resultados obtidos neste último instrumento seria possível aferir da existência de diferenças de personalidade face à população portuguesa.

Com vista a conferir a maior objectividade possível ao material obtido aquando das entrevistas realizadas desde 2001, definiu-se uma metodologia de tipo qualitativo, baseada numa análise de conteúdo da informação constante nas fichas de entrevista clínica. Para isso, foram definidas categorias temáticas que evidenciassem aspectos relacionados com as questões de investigação. Com base na cotação dos enunciados, procedeu-se a uma contabilização de frequências e cálculo de valores percentuais relativamente às frequências encontradas.

2.3.1. Procedimentos de aplicação do questionário de caracterização da amostra e NEO-PI-R

Num primeiro momento procedeu-se ao levantamento do número de mulheres que, desde 2001, manifestaram intenção de doar. Posteriormente efectuou-se um contacto telefónico a pedir a sua colaboração e a solicitar permissão para envio do questionário. Este procedimento destinava-se a preservar a privacidade face ao processo.

Como contrapartida da sua colaboração, e como factor de motivação para o preenchimento, foi oferecido o perfil de personalidade com base nos resultados do NEO-PI-R. Ficou estabelecido com as mulheres da amostra qual o período previsível para a devolução do perfil e que haveria um contacto telefónico a fim de se combinar a forma de envio do mesmo.

Uma vez que este procedimento foi utilizado pela autora da versão portuguesa (Lima, 1997), pareceu-nos que este factor, para além de constituir uma pequena retribuição pelo incómodo do preenchimento de um questionário longo, teria ainda a vantagem de apelar a uma maior veracidade nas respostas. Queremos realçar o entusiasmo manifestado pela generalidade das mulheres da amostra, ante a perspectiva de receberem de volta o seu perfil de personalidade.

Como nesta situação não seria possível a manutenção do anonimato apenas a garantia de confidencialidade, tal como estabelecida por Ribeiro (1999) foi facultada às mulheres da amostra uma folha para consentimento no estudo.

Os questionários acompanhados de uma carta de apresentação do estudo (anexo 5) e o do consentimento (anexo 6) foram enviados por correio acompanhados de envelope selado, para devolução após o preenchimento.

Foi criado um número de telefone especificamente destinado à colocação de dúvidas por parte dos participantes, o qual foi indicado na carta de apresentação.

Cerca de 2 semanas após o envio, foi realizada uma insistência telefónica junto das participantes que ainda não tinham devolvido o questionário. Nas situações de maior atraso, foram enviadas mensagens personalizadas de SMS, a solicitar a sua devolução. Sempre que foi recebido um questionário, enviou-se uma mensagem SMS a agradecer a devolução. Apenas duas mulheres mantiveram o anonimato.

Criou-se a alternativa das mulheres se deslocarem à clínica para preenchimento do questionário. De igual modo, para as candidatas que estavam já em processo de avaliação médica, foi distribuído o questionário aquando de uma das deslocações à clínica. É de referir que neste momento estava já dado parecer positivo com base na entrevista psicológica. Desta forma pretendeu-se ultrapassar alguma forma de pressão, dado que os resultados não teriam influência na aceitação para o processo.

Tendo em atenção o reduzido número de elementos da população em estudo, definiram-se várias estratégias para conseguir chegar ao contacto com o maior número de mulheres. Nos casos em que não foi possível o contacto telefónico por alteração de número, procedeu-se a uma pesquisa de número de telemóvel pelos três operadores da rede móvel e pelo serviço informativo através da morada. Sempre que não foi encontrado qualquer registo, foi enviado um postal para a morada existente, a solicitar o contacto, não revelando contudo qual o assunto a tratar.

Nas situações em que os questionários continham questões não respondidas, foi estabelecido contacto com o participante, no sentido de evitar

cotar a questão como resposta neutra. Foi enviada uma mensagem SMS com as opções de escolha e com as questões não respondidas. Dessa forma pretendia-se que pudessem ler a questão e pensar nela, para além de não se sentirem constrangidos por responder directamente ao entrevistador.

Por último, tal como já referimos, foi feito um pré-teste com duas mulheres que se deslocaram à clínica. Essa decisão foi importante na medida em que nos levou a proceder a duas alterações no questionário de caracterização da amostra, conforme atrás detalhámos.

Dos 39 questionários enviados foram recebidos 37, o que corresponde a uma taxa de retorno de 95%. Estamos convictos que para isso contribui o facto de oferecermos em troca o perfil de personalidade.

2.3.2. Procedimentos para a análise de conteúdo das entrevistas clínicas

No sentido de permitir um aprofundamento e sistematização da informação existente sobre este grupo de participantes, decidimos utilizar todo o material recolhido nas entrevistas clínicas realizadas ao longo destes 4 anos de prática. Para conferir coerência e homogeneidade à informação optou-se por uma análise de conteúdo, que nos permitisse objectivar as impressões e intuições que se foram instalando. Assim sendo, na transcrição das fichas centrámo-nos na informação fornecida pelos sujeitos e nas inferências que dela fizemos, apoiadas contudo em indícios o mais fiáveis possível.

Segundo Bardin (1977), a análise de conteúdo tem uma “*função heurística*”, pois a análise de conteúdo enriquece o trabalho exploratório e aumenta a propensão para a descoberta:

“Hipóteses sob a forma de questões ou de afirmações provisórias servindo de directrizes, apelarão para o método de análise sistemática para serem verificadas no sentido de uma confirmação ou de uma infirmação. É a análise de conteúdo “para servir de prova”. Na prática as duas funções de análise podem coexistir de maneira complementar. Tal produz-se quando o analista se dedica a um domínio da investigação, ou a um tipo de mensagem pouco explorada, onde faltam ao mesmo tempo a problemática de base e as técnicas a utilizar” (p. 30).

A informação resultante das entrevistas possibilitava as duas abordagens, fazendo emergir quer padrões imperceptíveis, quer permitindo confirmar ou infirmar as intuições decorrentes da nossa prática clínica.

As nossas questões de base para esta análise decorreram então, das impressões sobre o assunto e da informação obtida a partir da revisão bibliográfica feita, tendo sido formuladas os seguintes tópicos de análise:

- *aferir da existência ou não de perturbação familiar na família de origem;*
- *havendo referências na literatura à existência de separação traumática da figura parental, confirmar da sua ocorrência na nossa amostra, e de forma paralela, perceber se esse evento teve implicações evidentes na vida dos sujeitos;*
- *verificar da estabilidade pessoal à época da decisão para a doação;*
- *avaliar as motivações para o processo expressas na entrevista, ou inferidas a partir de indícios indirectos;*
- *sistematizar o tipo de informação desejada sobre os resultados da doação.*

Os procedimentos metodológicos seguidos para a análise de conteúdo foram os seguintes:

- a) procedeu-se a uma transcrição dos dados obtidos nas entrevistas semi-estruturadas, em formato que possibilitasse uma análise de conteúdo (anexo 7);

- b) após uma primeira leitura flutuante desse material, e no sentido de possibilitar a emergência de orientações para a análise, procedeu-se à definição das categorias que permitissem a codificação e quantificação posteriores dos dados obtidos. Esta primeira abordagem deu origem a duas categorias temáticas não previstas nas questões de investigação, que diziam respeito à autonomia vs dependência face aos pais e às crenças religiosas e sua influência na decisão de doar;

c) para definição das categorias seguiram-se as orientações preconizadas por Bardin (1977), nomeadamente, a necessidade daquelas serem homogéneas no conteúdo; exaustiva; exclusivas (no sentido que cada elemento só poder pertencer a uma das categorias); objectivas e, por último, pertinentes e adequadas às questões de investigação;

d) para aquilatar da objectividade da categorização realizada, procedeu-se a uma segunda codificação do material por um elemento independente com formação na área das ciências sociais, no sentido de se aferir se os resultados obtidos eram similares.

Optou-se por proceder a uma análise temática do material que *“consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objectivo escolhido”* (Bardin, 1977, p. 105).

A análise qualitativa caracteriza-se pelo facto da inferência se fundar na presença ou ausência do índice definido, seja ele tema, palavra ou personagem, e não sobre a frequência da sua aparição na comunicação. Já a abordagem qualitativa se funda nas frequências de aparição destes índices numa mensagem.

Nesta abordagem não se pretendia avaliar as frequências dos índices em cada entrevista, mas, sendo nosso objectivo estudar uma amostra, decidimos efectuar a codificação das categorias temáticas e proceder à sua posterior quantificação, no sentido de determinar percentagens de ocorrência face ao número total de frequências obtidas.

Duas das categorias definidas para a análise, nomeadamente a existência de perturbação na família de origem e a existência de instabilidade à data da decisão da doação, poderão ser inferidas quer pela sua referência explícita, quer pela sua ausência, já que na ficha de registo não é descrita toda a história do sujeito mas apenas os factos relevantes que permitem a elaboração de um parecer clínico. Para esta decisão apoiámo-nos no referido por Bardin (1977), de que a ausência pode constituir também uma variável importante e veicular um determinado sentido.

No sentido de dar resposta às questões estabelecidas para a análise de conteúdo, seleccionaram-se as categorias temáticas constantes no quadro 17.

CATEGORIAS	CÓDIGO
HISTÓRIA FAMILIAR	1
Vivência familiar perturbada: alcoolismo, maus-tratos, conflitos	1.1
Vivência sem perturbação	1.2
SEPARAÇÃO DO PAI (biológico ou figura parental)	2
C/implicações várias: dificuldades financeiras, deixar de estudar, começar a trabalhar cedo, conflitos posteriores com padrastos, saída de casa.	2.1
S/implicações	2.2
AUTONOMIA	3
Dependência face aos pais obrigando a ruptura, afastamento ou mantendo-se até fase tardia	3.1
Independência precoce: trabalhar cedo; cuidar de irmãos, autonomia financeira etc.	3.2
SITUAÇÃO PESSOAL AQUANDO DA ENTREVISTA	4
Instabilidade: conjugal, profissional, financeira, etc.	4.1
Estabilidade	4.2
FACTORES COM INFLUÊNCIA NA DECISÃO	5
Ser dador de sangue, medula e órgãos	5.1
Conhecer pessoas inférteis	5.2
Querer ajudar casais e mulheres inférteis	5.3
Querer ajudar casais inférteis	5.3.1.
Querer ajudar mulheres inférteis	5.3.2.
Valorização da maternidade	5.4.
Reparação/gratificação/ novidade/ importância pessoal da doação	5.5
Querer certificar-se da sua fertilidade	5.6
Retribuição financeira	5.7
Transmissão dos seus genes	5.8
Amizade	5.9
INFORMAÇÃO DESEJADA SOBRE O PROCESSO	6
Nenhuma	6.1
Sobre os ovócitos: nº /qualidade/ se fertilizaram	6.2
Existência de gravidez	6.3
Fantasia ou desejos ligados a criança resultante	6.4
RELIGIÃO: Convicção de não estar a ir contra suas crenças religiosas	7

Quadro 17 – Categorias para análise de conteúdo

Aquando da transcrição do material recolhido, optou-se por registar informação adicional obtida através dos questionários de caracterização da amostra, nomeadamente: os factores que tiveram influência na tomada de decisão, as respostas às questões abertas, sobre os motivos pelos quais tomaram a decisão de doar e por último, as razões para desistência do processo.

Esta opção teve como finalidade permitir uma compreensão mais alargada e confirmativa das nossas intuições decorrentes da entrevista, não tendo porém esta informação sido objecto de cotação, mas analisada aquando da apresentação dos resultados no ponto 3.2

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

3.1. Resultados do inventário NEO-PI-R

A cotação dos questionários foi feita com o programa informático próprio, que nos devolve as pontuações obtidas nas 5 dimensões e correspondentes facetas, e um perfil do sujeito na forma de histograma (anexo 8).

Os valores de todos os participantes foram transcritos para uma tabela em Excel (anexo 2), tendo o tratamento estatístico dos dados sido realizado com base nela.

Para tratamento estatístico utilizou-se o programa S.P.S.S. versão 10.00 para Windows, tendo sido definido um intervalo de confiança de 95%.

Em virtude da amostra ser constituída por mais de 30 elementos, e porque se tratava de uma variável com distribuição normal, utilizou-se uma estatística paramétrica, recorrendo-se ao teste *T-Student* para comparação dos valores da nossa amostra, com os valores normativos para a população portuguesa.

Para comparação no seio da amostra, dada a dimensão dos grupos em análise, utilizou-se uma estatística não-paramétrica, com utilização do teste de *Mann-Whitney*.

No que concerne à nossa primeira questão de investigação sobre se existiriam diferenças na personalidade das mulheres da nossa amostra comparativamente às mulheres da população em geral, constatamos que foram encontradas diferenças significativas entre os valores médios obtidos pela nossa amostra e os valores médios normativos para a população portuguesa conforme, se comprova através do Quadro 18, no qual transcrevemos os resultados dos testes estatísticos *T-Student* (anexo 9).

Variável	Escala	Média	Desvio padrão	Valor normativo	t	p
N	NEUROTICISMO	89,5	24,3	98,7	-2,3	0,022
N1	Ansiedade	18,5	4,8	20,3	-2,2	0,031
N2	Hostilidade	12,9	5,3	14,9	-2,4	0,024
N3	Depressão	14,2	6	16,9	-2,8	0,008
N4	Auto-consciência	15,4	5,2	16,7	-1,6	ns
N5	Impulsividade	17,3	4,6	15,8	2	ns
N6	Vulnerabilidade	11,2	5	13,7	-3	0,005
E	EXTROVERSÃO	118	14,6	103,3	6,2	0,000
E1	Caloroso	22,9	3,4	21,8	2,0	ns
E2	Gregaridade	19,1	4,5	16,5	3,5	0,001
E3	Assertividade	16,1	4,1	13,2	4,2	0,000
E4	Actividade	18,5	3,1	16,9	3,2	0,003
E5	Procura excitação	19,9	3,9	16,6	5,2	0,000
E6	Emoções positivas	21,7	4,1	18,1	5,3	0,000
O	ABERT. EXPERIÊNCIA	121,1	16	106,7	5,5	0,000
O1	Fantasia	19,5	4,1	17	3,7	0,001
O2	Estética	23	3,6	20,3	4,7	0,000
O3	Sentimentos	20,7	4,2	19,3	2	0,005
O4	Acções	18,3	2,9	16,2	4,4	0,000
O5	Ideias	19,7	5,3	16,3	3,9	0,000
O6	Valores	20	3,7	17,5	4	0,000
A	AMABILIDADE	119,1	13,7	121,8	-1,2	ns
A1	Confiança	18,2	4	18,5	-0,4	ns
A2	Rectidão	19,5	4	19,5	-0,1	ns
A3	Altruismo	24,2	3,1	22,3	3,7	0,001
A4	Complacência	17,1	4,5	19,3	-3	0,0005
A5	Modéstia	19,8	4,9	20,5	-0,9	ns
A6	Sensibilidade	20,3	3,8	21,5	-1,9	ns
C	CONSCIENCIOSIDADE	125,2	20,9	120	1,5	ns
C1	Competência	21,9	4	19,7	3,3	0,002
C2	Ordem	19,2	4,6	19,4	-0,3	ns
C3	Obediência ao dever	24,1	3,7	23,2	1,4	ns
C4	Esforço de realização	21,1	3,9	19,7	2,2	0,034
C5	Auto-disciplina	21,2	4,9	19,2	2,5	0,0018
C6	Deliberação	17,7	5,3	18,4	-0,8	ns

Quadro 18 – Resumo dos resultados da análise estatística da amostra total (n = 37)

Podemos afirmar que, comparativamente aos valores normativos para a população portuguesa, as participantes neste estudo apresentam valores significativamente mais baixos na dimensão Neuroticismo, e valores mais elevados nas dimensões Extroversão e Abertura à experiência.

(N) NEUROTICISMO (p = 0,022)

Nesta dimensão foram encontradas diferenças significativas entre a nossa amostra e a população normativa nas facetas *Ansiedade, Hostilidade, Depressão e Vulnerabilidade*.

Os valores inferiores à média da população normativa, revelam que as mulheres desta amostra são emocionalmente estáveis, constantes no humor, tranquilas, seguras e descontraídas. Para além disso (ou por isso mesmo), revelam capacidade de enfrentar de forma adequada as situações de stress.

Quanto aos valores obtidos nas várias facetas, revelam que as participantes tendem a ser mais calmas, relaxadas, estáveis, e sem preocupações e medos por antecipação. Também serão mais amigáveis, de temperamento mais moderado, raramente entristecem, são resistentes e confiantes na vida. Possuem menor vulnerabilidade ao *stress* tendendo a manter a calma e a lidar eficazmente com situações complicadas.

(E) EXTROVERSÃO (p = 0,000)

Nesta dimensão, a nossa amostra apresenta diferenças significativas nas facetas *Gregariedade, Assertividade, Actividade, Procura de excitação e Emoções positivas*. Na faceta *Acolhimento caloroso* não existem diferenças entre a nossa amostra e os valores da população normativa.

Os valores superiores indicam que o nosso grupo é constituído por mulheres sociáveis, assertivas, optimistas e alegres. Por serem animadas e enérgicas, tendem a ser mais empreendedoras e competitivas. Dada a correlação desta dimensão com afectividade positiva, estas mulheres tenderão a ser mais alegres, felizes e divertidas que a população normativa.

Como esta dimensão se relaciona com a masculinidade e feminilidade, com a primeira a referir-se "a *facetar mais activas e dominantes e a feminilidade a facetar afiliativas, emocionais e vinculativas*" (Lima, 1997, p.183) este grupo de mulheres revela uma junção das duas características:

- a) de "feminilidade", dado serem gregárias e com tendência a ter muitos amigos e a procurar o contacto social;
- b) de "masculinidade", ao revelarem assertividade, ascendência social, força de vontade, confiança e decisão, energia e vigor. Também revelam o gosto de correr riscos e por estimulações fortes.

Dadas as pontuações superiores na faceta emoções positivas, que se relacionam com a satisfação com a vida, as mulheres da nossa amostra tendem a experienciar emoções positivas, como a alegria felicidade e amor.

(O) ABERTURA À EXPERIÊNCIA (p. = 0,000)

Nesta dimensão as participantes apresentam diferenças face aos valores normativos em relação a todas as facetas: *Fantasia, Estética, Sentimentos, Acções, Ideias e Valores*.

Os valores superiores revelam que as mulheres desta amostra procuram e apreciam a experiência por si, tomam em consideração as novas ideias e valores não convencionais, face aos quais são tolerantes, exploram e aceitam o não familiar. Dado manifestarem grande abertura ao mundo interior e exterior, têm vivências muito ricas e experienciam um leque mais variado de emoções. Tendem a ser curiosas, criativas, originais e imaginativas. Facilmente contestam a autoridade estabelecida, adoptando novas ideias sociais, políticas ou éticas, sendo conseqüentemente pouco convencionais e tradicionalistas e não são conformistas.

Esta dimensão pode indiciar a tendência a procurarem mudanças, pela novidade e variedade, a terem uma vida sexual mais variada, bem como atitudes mais liberais face à sexualidade.

As várias facetas desta dimensão indicam que possuirão uma imaginação viva e capacidade de fantasiar. Também serão sensíveis e empáticas, respondendo de forma emocional às situações e emoções internas. Valores mais elevados na faceta *Abertura aos valores* revela que são intelectualmente curiosas, têm maior facilidade em considerar novas ideias, e disposição para reavaliar os valores sociais, políticos e religiosos.

(A) AMABILIDADE

Não havendo nesta dimensão diferenças significativas face à população normativa, contudo elas estão presentes em duas facetas:

(A3) Altruísmo (p = 0,001)

A nossa amostra revela valores mais elevados, indicando que estas mulheres têm uma preocupação activa e consideração pelos outros, são generosas e corteses. São filantropas e revelam interesse social, capacidade de auto-sacrifício e vontade de ajudar.

(A4) Complacência (p = 0,0005)

Valores mais baixos nesta faceta revelam que estas mulheres são mais competitivas, agressivas e contestatárias que a população normativa, tendendo também a manifestar um maior antagonismo.

(C) CONSCIENCIOSIDADE

Nesta dimensão, conceptualizada de forma a aferir a proactividade, constata-se a existência de diferenças significativas nas seguintes facetas:

(C1) Competência (p = 0,002)

(C4) Esforço de realização (p = 0,034)

(C5) Auto-disciplina (p= 0,002)

As mulheres da nossa amostra revelam ser sensíveis, prudentes e capazes de lidar eficazmente com as situações, indiciando que terão uma boa auto-estima. São também diligentes e com níveis de realização elevados, apresentando forte motivação e auto-disciplina no comportamento orientado para um objectivo.

Dado que entre as participantes no estudo, 3 elementos eram dadoras não anónimas, sendo a amizade um dos factores presentes na sua motivação, decidimos fazer a mesma comparação estatística retirando estes elementos.

Apresentam-se no quadro 19 os resultados do teste *T de Student* (anexo 10), da amostra reduzida a 34 elementos.

Variável	Escala	Média	Desvio padrão	Valor normativo	t	p
N	NEUROTICISMO	89,7	24,9	98,7	-2,1	0,042
N1	Ansiedade	18,6	5	20,3	-2,1	ns
N2	Hostilidade	12,9	5,3	14,9	-2,2	0,032
N3	Depressão	14,4	5,9	16,9	-2,5	0,020
N4	Auto-consciência	15,5	5,3	16,7	-1,4	ns
N5	Impulsividade	17,2	4,7	15,8	1,7	ns
N6	Vulnerabilidade	11,1	5,1	13,7	-2,9	0,006
E	EXTROVERSÃO	117,7	15,1	103,3	5,6	0,000
E1	Caloroso	22,8	3,5	21,8	1,7	ns
E2	Gregaridade	18,9	4,6	16,5	3,0	0,005
E3	Assertividade	16	4,2	13,2	3,9	0,000
E4	Actividade	18,5	3,1	16,9	3,1	0,004
E5	Procura excitação	19,8	4	16,6	4,7	0,000
E6	Emoções positivas	21,7	4,3	18,1	4,9	0,000
O	ABERT. EXPERIÊNCIA	121,2	15,7	106,7	5,4	0,000
O1	Fantasia	19,4	4,1	17	3,4	0,002
O2	Estética	23,2	3,6	20,3	4,6	0,000
O3	Sentimentos	20,6	4,3	19,3	1,7	ns
O4	Ações	18,5	2,5	16,2	5,5	0,000
O5	Ideias	19,6	5,3	16,3	3,6	0,001
O6	Valores	19,9	3,7	17,5	3,8	0,001
A	AMABILIDADE	119,2	14,2	121,8	-1,2	ns
A1	Confiança	18,1	4,1	18,5	-0,6	ns
A2	Rectidão	19,7	4,1	19,5	0,2	ns
A3	Altruísmo	24,4	3,1	22,3	3,9	0,000
A4	Complacência	17,2	4,5	19,3	-2,7	0,010
A5	Modéstia	19,9	5,1	20,5	-0,7	ns
A6	Sensibilidade	20	3,7	21,5	-2,3	0,029
C	CONSCIENCIOSIDADE	124,5	20,4	120	1,3	ns
C1	Competência	21,8	4,2	19,7	2,9	0,007
C2	Ordem	19	4,4	19,4	-0,5	ns
C3	Obediência ao dever	24	3,7	23,2	1,3	ns
C4	Esforço de realização	20,9	3,9	19,7	1,8	ns
C5	Auto-disciplina	21,2	4,9	19,2	2,4	0,022
C6	Deliberação	17,6	5,1	18,4	-1,0	ns

Quadro 19 – Resumo dos resultados dos testes estatísticos da amostra reduzida (n = 34)

De acordo com os valores encontrados, constatamos ter havido ligeiras alterações. Nas facetas *Ansiedade*, *Sentimentos* e *Esforço de Realização* deixou de existir diferenças significativas, no entanto passou a verificar-se a existência de diferenças significativas na faceta *Sensibilidade*.

Variável		Média	Valor normativo	Amostra total	Amostra reduzida
N1	Ansiedade	18.6	20.3	*	NS
O3	Sentimentos	20.6	19.3	*	NS
A6	Sensibilidade	20	21.5	NS	*
C4	Esforço de Realização	20.9	19.7	*	NS.

Quadro 20 – Diferenças entre as duas amostras

A inexistência de diferenças na faceta *Ansiedade* permite inferir que a amostra de dadoras anónimas revela o mesmo nível médio de tensão, apreensão e preocupação que a população normativa. O mesmo ocorre quanto à sensibilidade, empatia e resposta emocional às situações e valorização da emoção.

A ausência de diferenças na faceta *Esforço de realização* revela que as dadoras anónimas têm o mesmo nível de diligência, de realização e motivação para o sucesso que a população normativa. Este facto indicia que pelo contrário, as dadoras não anónimas revelam um maior esforço de realização que a população normativa e as outras dadoras.

A existência de diferenças na faceta *Sensibilidade* indicia que as dadoras anónimas são mulheres com propensão a assumir atitudes de simpatia e preocupação face aos outros e a guiar-se por estes sentimentos quando ajuízam e Contrariamente ao que seria de esperar as dadoras conhecidas têm valores mais baixos nestes traços que as dadoras anónimas.

No que concerne à nossa segunda questão de investigação, sobre se existiriam diferenças na personalidade do grupo de mulheres que concretizou a doação e aquelas que desistiram do processo por decisão pessoal, constatamos que não se encontram disparidades significativas entre os valores médios dos dois grupos (anexos 11 e 12)

É de referir que se tratava de uma comparação entre grupos pequenos, sendo o grupo das mulheres que concretizaram a doação constituído por 17 elementos e o grupo das mulheres que desistiram por apenas 9, números manifestamente insuficientes para que se pudessem detectar algumas diferenças entre eles.

3.2. Resultados da análise de conteúdo

As restantes questões de investigação por nós estabelecidas tinham como objectivo possibilitar a constatação da existência de semelhanças entre a nossa amostra e a descrita na literatura quanto a:

- a) motivação para o processo e factores com influência na tomada de decisão;*
- b) estabilidade pessoal à data da tomada de decisão;*
- c) tipo de informação desejada sobre o processo*
- d) existência de perturbação na família de origem;*
- e) ocorrência de separação precoce da figura paterna.*

No sentido de sistematizar a informação recolhida, analisaram-se as opções seleccionadas pelas inquiridas no questionário de caracterização da amostra e realizou-se a análise de conteúdo à questão aberta.

Relativamente aos factores que as mulheres seleccionaram como constituindo a sua motivação, foi realizado um ordenamento decrescente das opções, naturalmente que de acordo com as frequências obtidas em cada categoria, como se apresenta no quadro 21

Factores		Frequência	%
1	Ajudar mulheres inférteis	26	35
2	Ajudar casais inférteis	21	28
3	Compensação financeira	13	18
4	Amizade	5	6
5	Comprovar a sua fertilidade	3	4
6	Ética	2	3
7	Transmitir genes	2	3
8	Outras	2	3
Total		74	100

Quadro 21 – Factores de motivação para a doação

Na categoria “Outras” encontraram-se as seguintes justificações, que consideramos corresponderem a motivações pessoais:

- *“Sentir-me útil ao poder ajudar”*
- *“Derivado à minha idade e não ter tido filhos era uma maneira de me sentir feliz”*

Através do quadro 21, podemos quantificar que as duas primeiras escolhas feitas pelas participantes foram ajudar mulheres e casais inférteis, correspondendo a 63% das frequências. Em terceiro lugar surge a compensação financeira, correspondendo a cerca de 18% das escolhas feitas.

Se procedermos ao agrupamento dos factores, encontramos que 69% das escolhas correspondem a motivações de tipo “altruísta” (factores 1,2,4) e 28% a motivações pessoais de vária ordem (factores 3,5,7 e 8).

Tratando-se de uma amostra de 37 mulheres, o número de frequências permite afirmar que ocorreu uma média de 2 escolhas por sujeito, ou seja, a decisão de doar foi influenciada por mais de um motivo.

Cumulativamente, a análise de conteúdo das respostas à questão aberta do Questionário de caracterização da amostra (anexo 13), permitiu concluir que na explicitação de quais os motivos pelos quais tomaram a decisão de doar, surge por ordem decrescente de unidades de referência no discurso:

- Desejo de ajudar os outros/amizade (17 - 33%)
- Motivação pessoal de vária ordem (explicitada ou inferida) (15 - 29%)
- Desejo de proporcionar felicidade a outros (9 - 18%)
- Valorização da maternidade (6 - 12%)
- Empatia pelo sofrimento de mulheres inférteis (4 - 8%)

Podemos afirmar que as respostas dadas reforçam e confirmam as escolhas feitas na selecção de factores de motivação.

Na sequência da análise de conteúdo realizada às entrevistas transcritas, procedeu-se à quantificação de frequências encontradas e ao cálculo dos valores percentuais face ao número de frequência obtidas. Os valores obtidos encontram-se discriminados no quadro 22.

CATEGORIAS	Frequências	%
HISTÓRIA FAMILIAR	33	
Vivência familiar perturbada	9	27%
Vivência familiar sem perturbação	24	73%
SEPARAÇÃO DO PAI	15	
C/implicações várias	6	40%
S/implicações	9	60%
AUTONOMIA	17	
Dependência face aos pais	7	41
Independência precoce	10	59
SITUAÇÃO PESSOAL AQUANDO DA ENTREVISTA	34	
Instabilidade	9	26%
Estabilidade	25	74%
FACTORES COM INFLUÊNCIA NA DECISÃO	50	
Querer ajudar casais e mulheres inférteis	7	14%
Querer ajudar mulheres inférteis	4	8%
Querer ajudar casais inférteis	3	6%
Amizade	3	6%
Ser dador de sangue, medula e órgãos	2	4%
Reparação/gratificação/ novidade/ importância pessoal da doação	9	18%
Retribuição financeira	7	14%
Querer certificar-se da sua fertilidade	6	12%
Transmissão dos seus genes	2	4%
Valorização da maternidade	4	8%
Conhecer pessoas inférteis	3	6%
INFORMAÇÃO DESEJADA SOBRE O PROCESSO	23	
Nenhuma	8	35%
Sobre os ovócitos: nº /qualidade/ se fertilizaram	7	30%
Existência de gravidez	4	17%
Fantasias ou desejos ligados a criança resultante	4	17%
RELIGIÃO	4	

Quadro 22 – Valores percentuais resultantes da análise de conteúdo

Com base no quadro anterior podemos constatar que dos 33 participantes relativamente aos quais se obteve informação sobre a história familiar, 73% deles não reportavam uma história de perturbação na família de origem. No entanto, existe uma percentagem elevada de sujeitos (27%), que referiu ter história de alguma forma de perturbação familiar.

Dos 15 elementos que referiram ter tido um afastamento precoce da figura paterna, por divórcio ou outro motivo, em cerca de 40% das situações esse facto teve implicações negativas para a família, e conseqüentemente para o sujeito, nomeadamente pela ocorrência de dificuldades financeiras, necessidade de estudar em horário nocturno ou mesmo abandono escolar. Por oposição, em 60% dos casos esse evento não teve impacto na vida familiar.

Sobre a categoria autonomia, que diz respeito a uma autonomização precoce⁴⁸ ou à existência de dependência excessiva face aos pais referida pelas participantes, das 17 situações reportadas, 59% referiam a existência de autonomização precoce, que sabemos ter ocorrido em muitas das situações, devido ao divórcio ou afastamento da figura paterna. Já 41% dos sujeitos referiu a existência de dependência face aos pais até idade tardia.

No que se refere à estabilidade à data da tomada de decisão de doar, é de referir que 26% dos sujeitos estava a viver alguma forma de instabilidade, contudo a maioria apresentava um quadro de estabilidade profissional e relacional.

Quanto à motivação para a doação, explicitada ou inferida aquando das entrevistas, se procedermos a agrupamentos dos factores, verificamos que 38% das escolhas correspondem a motivações de tipo “altruísta” (ajudar mulheres e casais inférteis; amizade; ser dador de sangue, medula, órgãos) e 48% a motivações pessoais de vária ordem (Reparação/gratificação/novidade/importância pessoal da doação; financeira; querer comprovar a fertilidade; querer transmitir genes). É de salientar que estes dados estão em desacordo com as motivações referidas pelos sujeitos no questionário de caracterização da amostra (e que constam do quadro 21), no qual se verifica serem as motivações de ordem altruísta as mais referidas pelos participantes.

⁴⁸ Esta categorização é de certo modo subjectiva, tendo sido considerada precoce quando abaixo da maioridade.

Salvaguardando a existência de algum grau de subjectividade na avaliação das motivações realizada aquando das entrevistas, e que se reflectirá na transcrição das mesmas, cremos que para essa diferença contribui a presença de motivações das quais as participantes não tinham consciência ou não verbalizaram.

Quanto à informação desejada sobre os resultados da doação, constatamos que em 35% das situações as dadoras não pretendiam obter nenhuma informação sobre os resultados da sua doação, e em 30% dos casos apenas pretendiam ter conhecimento sobre aspectos relacionados com o número e qualidade dos ovócitos. Contudo, em 17% dos casos existia um desejo de saber se a doação resultou em gravidez, talvez no sentido de perceber se o esforço valeu a pena.

É de assinalar também que 4 mulheres (17%) manifestaram desejos de poder ver ou fantasias sobre características físicas de possíveis descendentes.

DISCUSSÃO

Após a apresentação dos dados, torna-se necessária uma reflexão, balanceada entre a informação decorrente da revisão de literatura e os resultados obtidos neste estudo.

O principal objectivo deste trabalho prendia-se com a exploração da personalidade das mulheres que se dispuseram a doar dos seus gâmetas.

Segundo alguns autores, as mulheres dadoras de ovócitos encontram-se livres de psicopatologia significativa, avaliada através do MMPI – *Inventário Multifásico de Personalidade Minnesota* (Shover *et al.*, 1990; Lessor *et al.*, 1993; Klock *et al.*, 1999; Riddle *et al.*, 2003).

Nalguns trabalhos foi referida a existência de determinadas características de personalidade das dadoras, como a propensão para a aventura e para correr riscos, acompanhada de impulsividade e auto-suficiência. Estes traços eram contudo matizados por “interesses intensamente femininos”, sendo mulheres tolerantes e com bom relacionamento social, para além de possuírem preocupações altruístas (Schover *et al.*, 1990).

Já Lessor *et al.* (1993) referem tratar-se de um grupo de mulheres, que apesar de valorizarem a sua maternidade, não assumiam papéis “femininos” de submissão, sendo pelo contrário independentes e com capacidade de manifestar opiniões polémicas. Também Klock *et al.* (1999) e Riddle *et al.* (2003) referem que as mulheres das suas amostras rejeitavam papéis tradicionais quanto ao género, crenças e comportamentos. Para além de pouco convencionais, eram socialmente extrovertidas, gregárias e mostravam alto grau de energia.

Não se nos afigura possível estabelecer comparações directas entre resultados obtidos com instrumentos de génese tão diferente como são o MMPI e o NEO-PI-R, já que este apenas pretende medir dimensões adaptativas da personalidade. Contudo, os termos que esses autores empregam para descrever as mulheres das suas amostras, têm alguma semelhança com os adjectivos utilizados na descrição de algumas dimensões e facetas do NEO-PI-R.

Os resultados obtidos neste estudo revelam que as mulheres da nossa amostra, ao apresentarem valores médios baixos na dimensão Neuroticismo, indiciam ser emocionalmente estáveis, tranquilas, seguras e descontraídas, o que

lhes possibilitar enfrentar de forma adequada situações de *stress*, como poderá ser o processo de doação. Estas características são encontradas tanto na amostra total como na constituída pelas dadoras anónimas, se bem que neste último caso já não ocorram diferenças significativas face à população normativa.

Como aspecto mais relevante na nossa amostra temos o facto de serem mais extrovertidas e portanto mais sociáveis, assertivas, optimistas e alegres. Dado serem animadas e enérgicas, tendem a ser empreendedoras e competitivas. Atendendo à correlação existente entre a Extroversão e a afectividade positiva, estas mulheres tenderão a ser mais alegres, felizes e divertidas que a população normativa. Também na dimensão de Extroversão parecem ter gosto em correr riscos e a apreciar estimulações fortes, o que vai ao encontro do referido por Schover *et al.* (1990).

Tal como já foi referido, a Extroversão relaciona-se com a masculinidade e feminilidade, com a primeira a referir-se a facetas mais activas e dominantes e a feminilidade a facetas mais emocionais e vinculativas. Nesse sentido, este grupo de mulheres revela características de “feminilidade”, como a gregariedade e a tendência a estabelecer amizades, mas revelam um maior número de características habitualmente conotadas como “masculinas”, nomeadamente a assertividade, força de vontade, confiança e decisão, energia e vigor, indo ao encontro do referido por Riddle *et al.* (2003) que encontrou valores elevados na escala Masculinidade/Feminilidade, do MMPI, sugerindo a rejeição de papéis estereotipados.

No que se refere à Abertura à experiência, uma das características fortemente significativas reveladas no nosso estudo, indicia que as dadoras tomam em consideração novas ideias e valores não convencionais, aos quais são tolerantes, e propensas a explorar e aceitar o não familiar. São também contestatárias face ao estabelecido, tendendo a adoptar novas ideias sociais, políticas ou éticas, sendo conseqüentemente pouco convencionais, tradicionalistas e conformistas, tal como encontrado por Schover *et al.* (1990).

A existência destes traços de inconformismo, poderá predispor algumas mulheres a aderir a um processo que vai contra as ideias pré-concebidas, e ao mesmo tempo constitui um processo técnico sofisticado, ligado a uma área médica

que exerce algum fascínio no exterior. Assim, parece plausível que mulheres não convencionais aceitem e gostem do desafio de um processo inovador, e também ele pouco convencional. Também alvitramos que esta abertura e tolerância lhes permite ter uma visão pragmática dos seus ovócitos, daí a repetida afirmação que apenas doam algo que não precisam e se desperdiça todos os meses.

Em todos os estudos referidos na literatura, as mulheres dadoras referem ter tido uma motivação altruística como factor principal para a tomada de decisão de doar, se bem que a motivação para a participação financeira também esteja presente. Neste estudo também encontramos ter sido ser essa a principal causa referida pelas mulheres.

Os valores encontrados no NEO-PI-R vêm ao encontro desta constatação, pois revelam tratar-se efectivamente de um grupo de mulheres que são generosas, corteses, têm uma preocupação activa e consideração pelos outros. São filantropas e revelam interesse social, capacidade de auto-sacrifício e vontade de ajudar.

No seio da motivação altruísta, foi possível perceber uma subtilidade no que se refere ao desejo de ajudar os outros. Se nas entrevistas não inferimos da existência de qualquer diferença, através do questionário fica a ideia que algumas mulheres têm como desejo ajudar outra mulher (e não o casal), o que pode remeter para a presença de identificação e empatia para com o sofrimento de outra mulher. A análise de conteúdo da resposta aberta sobre os factores de motivação veio revelar essa temática da empatia e do sofrimento face a outra mulher. Sabemos que essa opção é mais marcante nas mulheres que têm dificuldade conjugais, são mães solteiras ou divorciadas.

Na análise de conteúdo da questão aberta sobre a motivação emerge também a valorização da maternidade, pelo que a motivação se prende com o desejo de proporcionar essa vivência a outras mulheres, tal como referido por outros autores (Lessor *et al.*, 1993; Weil *et al.* 1994; Söderström-Antilla, 1995; Fielding *et al.*, 1998). De forma interessante, o desejo de proporcionar felicidade a outras mulheres surge também como um dos factores de motivação referido.

Se bem que envolvendo em maior grau o desejo de ajudar os outros, não poderemos considerar que estamos em presença de motivações puramente

altruístas, já que em muitas das situações é “esperada” alguma forma de compensação pessoal pela doação.

A motivação altruística, aferida pelas respostas ao questionário, não vai ao encontro do revelado pela análise de conteúdo das entrevistas, já que nesta obtivemos um maior número de situações em que existe uma motivação pessoal de qualquer ordem. Salvaguardando a subjectividade inerente a uma análise qualitativa, cremos que uma das explicações poderá dever-se ao facto de coexistirem outras motivações, conscientes ou não, que poderão estar na base, ou serem concomitantes ao desejo de ajudar. Uma delas poderá ser o desejo de reparação pessoal, motivação raramente consciencializada mas que algumas mulheres, quando confrontadas com a possibilidade do processo não corresponder às suas expectativas, assumem como motivação velada.

Também existem diferenças entre as motivações explicitadas nas entrevistas e aquelas que foram reveladas nos questionários, nomeadamente no que se refere à comprovação da fertilidade, e ou ao desejo de transmissão dos seus genes. Esta motivação também foi encontrada por outros autores (Lessor *et al.*, 1993; Kalfoglou & Gittelsohn, 2000; Braverman & Corso, 2002).

Pelo exposto, podemos afirmar que os dados obtidos neste trabalho vão ao encontro do referido na literatura, de que subjacente à decisão de doar ovócitos, coexistem várias motivações, algumas de cariz altruísta, outras do foro pessoal de cada mulher, mesmo que nem sempre por elas consciencializadas.

Pretendia-se com este trabalho aferir da existência de instabilidade pessoal aquando da decisão de doar. Tal como encontrado por Kelly & Simon, (não publicado, referido por Lessor *et al.*, 1993) também na nossa amostra um número relativamente elevado (26%) de sujeitos estava a vivenciar alguma forma de perturbação que sabemos ser essencialmente ao nível da relação conjugal. A inexistência de grupo de controlo não nos permite fazer extrapolações deste facto, apenas vem confirmar a necessidade de uma cuidadosa avaliação e aconselhamento no sentido de evitar a tomada de uma decisão tão importante em situação de instabilidade pessoal.

No que se refere à separação precoce do pai biológico (essencialmente devido a divórcio do casal) embora se confirme ter ocorrido na história de aproximadamente 15 mulheres da nossa amostra (44%), contudo esse evento apenas veio trazer dificuldades a algumas delas.

Porém, dado o elevado número de sujeitos que viveu essa situação, e indo ao encontro dos valores obtidos nos estudos referidos na revisão bibliográfica, poderemos aventar a hipótese desse afastamento poder de alguma forma ter tido consequências ao nível do desenvolvimento psicológico destas mulheres, condição que pode ter influenciado a sua decisão de doar o seu material genético. De qualquer modo, os resultados obtidos pelos mesmos autores apontam para que, mesmo quando ocorreram episódios traumáticos, incluindo separação do pai, isso não se reflecte na existência de psicopatologia medida pelo MMPI, o que poderá indiciar a existência de elevada resiliência nestas mulheres.

Pelo facto de não haver grupo de controlo, também para este factor não é possível avaliar em que medida este grupo apresenta um maior número de mulheres que se separaram precocemente do pai, face aos valores encontrados noutras amostras populacionais.

Tem sido constatado em vários estudos da prevalência de episódios de perda ligados à vida reprodutiva, pensando-se ser contraproducente a doação, como forma de lidar com essas perdas no passado. No entanto, tal como referido por *Schover et al*, (1991) 27% das mulheres do seu estudo referiu como aspecto positivo da doação o ter ajudado a resolver essas perdas do passado, principalmente as que fizeram IVG, tiveram abortos ou não podem ter filhos, para além de nenhuma ter referido ser esse um aspecto negativo. Assim sendo, considera-se que o processo de ajudar outra mulher através da doação, pode ser extremamente reparador, desde que acompanhado da análise das expectativas desajustadas e as motivações veladas relacionadas com essas perdas.

Se para a maioria dos autores a existência de algum trauma a nível pessoal ou familiar não deve constituir motivo para rejeição, o conhecimento da vulnerabilidade da dadora deverá contudo dar lugar a um aconselhamento e acompanhamento adequado.

Quanto à informação desejada sobre o processo, nem sempre foi possível obter essa informação sobre todos os sujeitos entrevistados. Tal como já referimos, isso prende-se com uma evolução na nossa prática clínica, já que no início não era explorado com as mulheres as suas expectativas e desejos quanto à informação a receber.

Os nossos dados não vão ao encontro dos estudos referidos na literatura, pois neste grupo a maioria dos sujeitos não pretendia ter nenhuma informação sobre processo. Parece-nos que um dos factores explicativos das diferenças constatadas se pode dever ao facto dos dados obtidos por outros autores resultarem essencialmente de estudos de *follow-up*. Faz-nos sentido que a constatação da importância de conhecer algo mais sobre os resultados do processo só se venha a manifestar após a concretização do mesmo, independentemente das motivações subjacentes à doação.

Não queremos deixar de reflectir e apontar algumas limitações deste estudo que possam ter influenciado ou limitado o resultados obtidos. Uma delas tem a ver com a existência de algum enviesamento em relação aos integrantes da amostra. A percentagem de mulheres que concretizou a doação, elevada neste estudo por comparação a amostras similares, tem a ver com o facto destas participantes terem estabelecido uma relação de maior proximidade com a clínica e o investigador e daí a sua adesão ao estudo, traduzida na devolução quase total dos questionários enviados. Por outro lado, no grupo das mulheres que não foi possível contactar encontra-se o maior número das que desistiram após a entrevista ou que não foram aceites para o processo.

Outra possível limitação deste trabalho é o facto da resposta não ter sido anónima, pelas razões referidas nos procedimentos metodológicos. Se a devolução do perfil de personalidade, embora impossibilitando o anonimato, permitiu uma maior adesão das respondentes e quase total taxa de retorno, temos consciência que poderá ter tido algum efeito nas respostas aos questionários.

Nesta investigação 40% das mulheres já tinha concretizado o processo, mas outras encontravam-se em fase de avaliação médica ou à espera de ser associadas ao um casal receptor. Podemos levantar a hipótese de ter havido influência de factores de desajustabilidade social. Pelo facto de se tratar de um

inventários cujos itens são claros quanto ao que pretendem avaliar, poderá ter havido alguma tendência de responder de forma mais coincidente com a imagem do que deverá ser uma boa dadora. No fundo, tal como foi referido por Pollock (2003) poderá ter havido uma conformidade à ideia da dadora dever ter uma personalidade altruísta, amável e consciente da necessidade de ajudar outras mulheres a alcançar a maternidade.

Como contraponto fica a crença que o preenchimento do Inventário (nalguns casos anos após a decisão de doar) bem como a identificação e devolução de um perfil, possam ter conduzido a uma maior fiabilidade nas respostas obtidas.

Quanto ao material recolhido através das entrevistas, as candidatas têm consciência que esta implica inevitavelmente alguma forma de avaliação, embora se tente incidir na dimensão de aconselhamento. Não existe forma expedita de resolver esta contradição que poderá ter como consequência que a candidata tente dar a imagem mais favorável de si, bem como omitir determinados factos da sua história ou motivação para a doação.

Não existem estudos desenhados de forma a permitir perceber qual ou quais as verdadeiras motivações das dadoras, parecendo-nos não serem de fácil avaliação, a não ser de forma retrospectiva. Isto porque nos parece que ocorre sempre alguma tentativa de dar uma boa imagem de si, de forma a serem consideradas umas candidatas adequadas, pelo que a narrativa da motivação altruística assume um peso importante no discurso das dadoras.

Podemos verificar que nos questionários alguns elementos referiram ser a dimensão financeira uma das suas motivações, tal como tínhamos intuído nas entrevistas, embora nela só tivessem referido a motivação para ajudar os outros. Parece-nos que na prática clínica deverá ser assegurado às mulheres que não existem motivações “correctas e incorrectas”, no sentido de promover uma maior segurança e abertura, que possibilite aprofundar aspectos relacionados com necessidades de reparação, que a não serem conseguidas, poderão conduzir a arrependimento e a sofrimento no futuro.

Estamos totalmente de acordo com ideia que, a existência de alguma forma de compensação financeira, não obsta a que se aborde com as mulheres, aspectos relacionados com o destino de embriões excedentários, a possível existência de gémeos, aspectos relacionados com o anonimato, etc. e que o consentimento informado passa pela discussão de todos os aspectos.

Também nos parece pertinente tentar investigar de forma mais profunda sobre a existência de eventos traumáticos ligados à vida reprodutiva, uma vez que muitos autores têm referido uma grande incidência deste tipo de eventos nas amostras que estudaram.

Estamos cientes que a evolução do pensamento ético tenderá cada vez mais para a necessidade de uma maior abertura face à doação de gâmetas, e nesse sentido uma mudança lógica será a sensibilização de todos os intervenientes para necessidade das dadoras se disponibilizarem a facultar informação pessoal (identificadora ou não)

Por outro lado estando repetidamente comprovado o desejo das dadoras em saberem do êxito ou não da doação, sendo este um dos factores que mais se relacionam com a satisfação e ajustamento pós-doação, parece ser importante aumentar o nível de informação dada às mulheres uma vez que o conhecimento da existência de descendentes não é acompanhado de pensamentos perturbadores para as dadoras.

De acordo com Lessor *et al* (1993) um número elevado de recipientes gostaria de conhecer o seu dador, e no caso de haver aceitação das dadoras para divulgação da sua identidade, parece-nos desejável que havendo esta possibilidade, essa fosse uma das variáveis a ter em conta aquando da associação dador/receptor.

Constata-se ser este um dos factores de maior preocupação e relevância para as equipas, o tipo de motivação apresentado pelas candidatas. Uma das explicações para isso poderá dever-se à existência de crenças e estereótipos arraigados sobre o género feminino e a maternidade. Parece de fácil aceitação a ideia de uma motivação altruísta ou financeira mas cremos que o desejo de outras formas de gratificação possa ser alvo de maior estranheza e até ser associado a

alguma forma de patologia, que a prática diz não existir – quando muito apenas idiossincrasias.

Nesse sentido parece-nos ser relevante proceder a investigações especificamente desenhadas para avaliar profundamente as motivações das dadoras a fim de se poder estabelecer teorias ou evidenciar relações ocultas. Embora a maior parte das investigações utilize o conceito de altruísmo para explicar algumas das motivações das dadoras, a metodologia e instrumentos utilizados não foram desenhados de molde a avaliar especificamente este constructo. Assim, para corresponder a algumas preocupações, poderia ser desenvolvido um estudo tentando estabelecer hipóteses decorrentes da teoria do comportamento prossocial ou outras, no sentido de clarificar qual o tipo de altruísmo envolvido neste processo, utilizando para isso instrumentos especificamente desenhados para tal. Seria então possível correlacionar os dados deste instrumento com as motivações explicitadas nas entrevistas.

Também nos parece pertinente realizar estudos que permitam diferenciar quer a personalidade como as motivações das dadoras que repetem a doação, isto porque nos parece que a motivação financeira não explica por si só a decisão de doar, já que raras vezes as mulheres se dispõem a doar mais de uma vez.

Outra necessidade pertinente prende-se com a realização de estudos de *follow-up* que permitam aquilatar da adaptação ou eventuais consequência negativas da doação, conduzindo a alterações e melhoria da prática clínica.

Da nossa parte, fica-nos o desejo de continuar o estudo desta população, mas tentando perceber da existência de diferenças ao nível das dimensões do Feminino e Materno, na senda daquilo que é referido por Leal (2001).

Dado tratar-se de uma população em que se percebe a existência de motivações ligadas à comprovação da fertilidade, à afirmação da capacidade reprodutiva e o desejo de procriação sem que se deseje a maternidade ou, de forma mais rara, o desejo de concretizar uma maternidade através de outra mulher, essa seria uma abordagem que nos poderia dar uma maior compreensão deste grupo particular de mulheres.

Por outro lado, este estudo aponta para que as dadoras de ovócitos constituam um grupo com características mais marcantes quanto à Extroversão, Abertura à experiência, Competência, Esforço de realização e Auto-disciplina, características que habitualmente se ligam aos estereótipos do que é a masculinidade. Segundo Leal (2001), *“Uma mulher com grande capacidade de afirmação, não deverá ser chamada de masculina, mas antes de muito feminina como os seus pares do sexo masculino (p.71)*

A dificuldade de aceitação da doação de ovócitos não deixa de estar ligada aos preconceitos associados ao género feminino, os quais confundem a feminilidade com as desejáveis características de passividade e contenção, atributos ligados ao conceito de maternidade.

Parece-nos desafiadora a possibilidade de exploração destas duas dimensões na população de dadoras, no sentido de contribuir para esclarecer e de algum modo desmistificar alguns estereótipos correntes face às características “feminina e materna” das mulheres que “ousam” doar os seus ovócitos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abdalla, H. (1996). A national oocyte donation society is needed. *Human Reproduction*, vol. 11, n° 11, 2355-2356.

Adsuar, N.; Pritts, E.; Olive, D. & Lindheim, S. (2003). Assessment of attitudes regarding directives of oocyte among ovum donors in an egg donation program. *Fertility and Sterility*, vol. 80, Suppl. 3, September, S87.

Ahuja, K. (2003). Should non-patient volunteers donate eggs? *Reproductive BioMedicine Online*, vol. 6, n° 3, 8 February, 277-280. Available [on line]: <http://www.rbmonline.com/Article/869>.

Ahuja, K.K.; Simons, E.G. & Edwards, R.G. (1999). Money, morals and medical risks: conflicting notions underlying the recruitment of egg donors. *Human Reproduction*, vol. 14, n° 2, 279-284.

Anleu, S.R. (1992). SURROGACY: For love but not for money? *Gender & Society*, vol. 6, n° 1, Mar, 30-48.

ASRM - American Society for Reproductive Medicine (2002, a). Guidelines for oocyte donation. *Fertility and Sterility*, vol. 77, n° 6, Suppl. 5, June, S6-S8.

ASRM - American Society for Reproductive Medicine – The Ethics Committee (2002, b). Financial incentives in recruitment of oocyte donors. *Fertility and Sterility*, vol. 74, n° 2, August, 216-220.

ASRM - American Society for Reproductive Medicine – The Ethics Committee (2003). Family members as gamete donors and surrogates. *Fertility and Sterility*, volume 80, Issue 5, Feb, 1124-1130.

ASRM - American Society for Reproductive Medicine (2004, a). Donation of gametes. *Fertility and Sterility*, vol. 81, n° 5, Suppl. 4, May, S27-S28.

ASRM - American Society for Reproductive Medicine (2004, b). Psychological assessment of gamete donors and recipients. *Fertility and Sterility*, vol. 82, Suppl. 1, September, S18-S19.

ASRM - American Society for Reproductive Medicine – Practice Committee (2004, c). Repetitive oocyte donation. *Fertility and Sterility*, vol. 82, Suppl. 1, September, S158-159.

Applegarth, L. & Kingsberg, S. (1999). The donor as patient: assessment and support. In Burns, L. H. & S. N., Covington (Eds). *Infertility counselling: a comprehensive handbook for clinicians*. (pp. 357-373). New York. The Parthenon Publishing.

Baetens, P. (2000). Counselling couples and donors for oocyte donation: the decision to use known or anonymous oocytes. *Human Reproduction*, vol. 15, n° 2, 476-484.

Baetens, P. (2002). Oocyte donation: Guidelines for counselling in infertility, *ESHRE Monographs*, 33-34.

Bahadur, G. (2001). Altruism in assisted reproductive technologies. *Reproductive Biomedicine Online*, vol. 2, n° 3, 155-159. Available [on line]: <http://www.rbmonline.com/2001/46> on web 4 May 2001.

Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa. Edições 70.

Bell, A.; Robins, J.; Eckert, J.; Liu J. & Thomas, M. (2001). A comparison of the attitudes and motives of female and male gamete donors. *Obstetrics & Gynaecology*, vol. 97, Issue 4, Suppl. 1, S28.

Bertrand-Servais, M.; Letur-Konirsch, H.; Raoul-Duval, A. & Frydman, R. (1993). Psychological considerations of anonymous oocyte donation. *Human Reproduction*, vol. 8, n° 6, 874-879.

Blyth, E. (2002). Subsidized IVF: the development of "egg-sharing" in the United Kingdom. *Human Reproduction*, vol. 17, n° 12, 3254-3259.

Blyth, E.; Crawshaw, M. & Daniels, K. (2004). Policy formation in gamete donation and egg-sharing in the UK – a critical appraisal. *Social Science & Medicine*. Available [on line]: <http://www.elsevier.com/located/socscimed>.

Botelho, T. M. (1999). Personalidade materna e prematuridade. Tese de Mestrado. Lisboa. Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Braverman, A. & Corson, S. (2002). A comparison of oocyte donor's and gestational carrier's/surrogate's attitudes towards third part reproduction. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, vol. 19, n° 10, October, 462-469.

Brindsen, P. (1999). Oocyte recovery and embryo transfer techniques for in vitro fertilization. In *A textbook of in vitro fertilization and assisted reproduction: the Bourn Hall guide to clinical and laboratory practice*. 2en ed., (pp. 171-184). New York. The Parthenon Publishing Group Limited.

Cabral, I.P. (2001). Infertilidade feminina e personalidade. Tese de Mestrado. Lisboa. Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Craft, Ian (1997). An ethical dilemma: Should egg donors be paid? *British Medical Journal*, 314:1400 (10 May). Available [on line]: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/314/7091/1400>.

Daniels (1998). The social responsibility of gamete providers. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 8, 261-27.

Daniels (2000). To give or sell human gametes – the interplay between pragmatics, policy and ethics. *Journal of Medical Ethics*, 26, 206-211. Available [on line]: <http://www.jme.bmjournals.com/cgi/content/full/26/3/206>.

Englert, Y. (1996). Ethics of oocyte donation are challenged by the health care system. *Human Reproduction*, vol. 11, n° 11, 2353-2355.

Englert, Y.; Serena, E.; Philipe, R.; Fabienne, D.; Chantal, L. & Delbaere, A. (2004). Sperm and oocyte donation: gamete donor's issues. *International Congress Series*, 1266, 303-310.

ESHRE – European Society of Human Reproduction and Embryology. The ESHRE Capri Workshop Group (2001). Social determinants of human reproduction. *Human Reproduction*, vol. 16, n° 7, 1518-1526.

ESHRE - European Society of Human Reproduction and Embryology. Task Force on Ethics and Law (2004, a). *Human Reproduction*, vol. 17, n° 5, 1407-1408.

ESHRE - European Society of Human Reproduction and Embryology (2004, b). Assisted Reproductive Technology in Europe, 2000. Results generated from European Registers by ESHRE. *Human Reproduction*, vol. 19, n° 3, 490-503.

Fasouliotis, S.D.J.; Schenkwer, J.G. (2000). Ethics and assisted reproduction. *European Journal of Obstetrics & Gynaecology and Reproductive Biology*, 90, 171-180.

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.

Frith, L. (2001). Gamete donation and anonymity – The ethical and legal debate. *Human Reproduction*, vol. 16, n° 5, 818-824.

Frydman, R. ; Letur-Konirsch, H.; de Ziegler, D.; Bydlowski, 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*, vol. 53, n° 4, 666-672.

Garrido, N.; Zuzuarregui, J.L.; Meseguer, M.; Simon, C.; Remohi, J. & Pellicer, A. (2002). Sperm and oocyte donor selection and management: experience of a 10 year follow-up of more than 2100 candidates. *Fertility and Sterility*, vol. 17, n° 12, 3142-3148.

German, E; Mukherjee, T; Osborn, D. & Copperman, A. (2001). Does increasing ovum donor compensation lead to differences in donor characteristics? *Fertility and Sterility*, vol. 76, n° 1, July, 75-79.

Gonçalves, M.M.; Simões, M.R.; Almeida, L.S. & Machado, C. (2003). *Avaliação psicológica. Instrumentos validados para a população portuguesa*, vol. I Coimbra. Quarteto Editora (pp. 17-32).

Gorril, M.; Johnson, L.; Patton, P. & Burry, K. (2001). Oocyte donor's screening: the selection process and cost analysis. *Fertility and Sterility*, vol. 75, n° 2, 400-404.

Guerin, J. (1998). The donation of gametes is possible without paying donors: experience of the French CECOS Federation. *Human Reproduction*, vol. 13, n° 5, 1129-1130.

Gurmankin, A. (2001). Risk information provided to prospective oocyte donors in a preliminary phone call. *The American Journal of Bioethics*, 1 (4):3. *Abst.*

Gutmann, T. & Land, W. (1999). Ethics regarding living-donor organ transplantation. *Langenbecks Arch Surg*, 384, 515-522.

Hansenne, M.(2004). *Psicologia da personalidade*. Lisboa. Climepsi Editores.

Hershberger, P. (2004). Recipients of oocyte donation: an integrative review. *Journal of Obstetric, Gynaecologic and Neonatal Nursing*, 33, 610-621.

HFEA - Human Fertilisation & Embryology Authority (2004, a). Available [on line]: www.hfea.gov.uk/pressoffice/factsandfigures

HFEA - Human Fertilisation & Embryology Authority (2004, b). Available [on line]: www.hfea.gov.uk/donors.

Johnson, M.(1997). Payments to gamete donors: position of the Human Fertilisation and Embryology Authority. *Human Reproduction*, vol. 12, n° 9, 1839-1842.

Jordan, C.; Belar, C. & Williams, S. (2002). Anonymous oocyte donation: a follow-up analysis of donor's experiences. *Fertility and Sterility*, vol. 78, *Suppl. 1*, September, S29.

Kalfoglou, A. & Geller, G. (2000, a). 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*, vol. 74, n° 4, October, 660-667.

Kalfoglou, A. & Geller, G. (2000, b). Navigating conflict of interest in oocyte donation: an analysis of donor's experiences. *Women's Health Issues*, vol. 10, n° 5, September, 226-239.

Kalfoglou, A. & Gittelsohn, J. (2000). A qualitative follow-up study of women's experience with oocyte donation. *Human Reproduction*, vol. 15, n° 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*, vol. 51, n° 4, April, 655-660.

Khamsi, F.; Endman, M.; Lacanna, I. & Wong, J. (1997). Some psychological aspects of oocyte donation from known donors on altruistic basis. *Fertility and Sterility*, vol. 68, n° 2, August, 323-327.

Kirkland, A.; Power, M.; Burton, G.; Baber, R.; Studd, J. & Abdalla, H. (1992). Comparison of attitudes of donors and recipients to oocyte donation. *Human Reproduction*, vol. 7, n° 3, 355-357.

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*, vol. 72, n° 6, December, 1066-1072.

Klock, S.; Stout, J. & Davidson, M. (2002). Post donation psychological status of anonymous oocyte donors. *Fertility and Sterility*, vol. 78, Suppl. 1, September, S29.

Klock, S.; Stout, J. & Davidson, M. (2003). Psychological characteristics and factors related to willingness to donate again among anonymous oocyte donors. *Fertility and Sterility*, vol. 79, n° 6, June, 1312-1316.

Kokkinos, E. (2000). Egg donors: a study of women's experience. *The Sciences and Engineering*, Jun, vol. 60 (11-B), 5778. Abst.

Kum, L.; Lee, S.; Schiffman, M.; Baek, K.; Styne, A. & Licciardi F. (2002). Psychological screening of prospective oocyte donors. *Fertility and Sterility*, vol. 78, n° 3, Suppl. 1, September, S216.

Kump, L.; Licciardi, F.; Krey, L.; Noyes, N.; Grifo, J. & Berkley, A. (2003). An oocyte donor's willingness to donate – does the recipient's lifestyle make a difference? *Fertility and Sterility*, vol. 80, Suppl., September, S140.

Laborie, F. (1985). Les interim-mères (à propos des mères porteuses). In *Objectif bébé – Une nouvelle science : la bébologie*. (pp. 109-1120). Parseval, G.D. & Bigeargeal, J. (Coord). Paris. Autrement.

Lalos, A.; Daniels, K.; Gottlieb, C. & Lalos, O. (2003). Recruitment and motivation of semen providers in Sweden. *Human Reproduction*, vol. 18, n° 1, 212-216.

Leal, I. (2001). O Feminino e o Materno. In Canavarro, M.C. (Coord). *Psicologia da Gravidez e da maternidade*. (pp. 51-74). Coimbra. Quarteto.

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*, vol. 59, n° 1, January, 65-71.

Letur-Könirsch, H. (2004). Don d'ovocytes en France et bilan national (GEDO). Dispositions différentielles européennes. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, volume 32, Issue 2, February, 108-115.

Lewis, V.; Saller, D.; Kouides, R. & Garza, J. (1999). Survey of genetic screening for oocyte donors. *Fertility and Sterility*, vol. 71, n° 2, 278-281.

Lima, M.P. (1997). *NEO-PI-R: Contextos teóricos e psicométricos "OCEAN" ou iceberg?* Coimbra. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Coimbra.

Lima, M.P. & Simões, A.(2000 a). A teoria dos cinco factores: uma proposta inovadora ou apenas uma boa arrumação do caleidoscópio personológico? *Análise Psicológica*, 2 (XVIII), 171-179.

Lima, M.P. & Simões, A. (2000, b) *NEO-PI-R – Manual profissional*. Lisboa. Cegoc.

Lima, M.P. (2002). *Objectivos, conteúdos e métodos de ensino teórico e prático da disciplina de Psicologia da Personalidade*. Faculdade de Psicologia da Universidade de Coimbra (não publicado).

Lindheim, S. & Sauer, M. (1999). Embryo donation: a programmed approach. *Fertility and Sterility*, vol. 72, n° 5, November, 940-941.

Marina, S.; Expósito, R.; Marina, F.; Nadal, J.; Masramón, M. & Vergés, A. (1999). Oocyte donor selection from 554 candidates. *Human Reproduction*, vol. 14, n° 11, 2770-2776.

McLaughlin, E.; Day, J.; Harrison, S.; Mitchell, J.; Prosser, C. & Hull, M. (1998). Recruitment of gamete donors and payment of expenses. *Human Reproduction*, vol. 13, n° 5, 1130-1132.

McMillan, J. & Hope, T. (2003). Gametes, money and egg sharing. *The Lancet*, vol. 32, number 9383, 16 August. Available [on line]: www.thelancet.com/journal/vol362/iss9383/full/lancet.362.9383.dissecting_room

Melo, H. (sem data). Problemas jurídicos suscitados pela inseminação artificial com recurso a dador de gâmetas. In *Genética e Reprodução Humana* (pp. 159-272) Nunes, R. & Melo, H., (Coord). Coimbra. Serviço de Bioética e Ética Médica. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Parseval, G. D. (1985). Enfants-prothèse ou enfants-greffe? In *Objectif bébé – Une nouvelle science : la bébologie*. (pp. 75-87). Parseval, G.D. & Bigeargeal, J. (Coor). Paris. Autrement.

Partrick, M.; Smith, A.; Meyer, W. & Bashford, R. (2001). Anonymous oocyte donation: a follow-up questionnaire. *Fertility and Sterility*, vol. 75, n° 5, May, 1034-1036.

Pennings, G. (1997). The internal coherence of donor insemination practice: attracting the right type of donor without paying. *Human Reproduction*, vol. 12, n° 9, 1842-1844.

Perks, N. & Winston, R. (1991). An analysis of the attitudes of oocyte donors. *Human Reproduction*, vol. 6, Suppl. 1, 111-116.

Pollock, A. (2003). Complicating power in High-Tech Reproduction: narratives of anonymous paid egg donors. *Journal of Medical Humanities*, vol. 24, Nos 3/4 Winter, 241-263.

Porto Editora (1998). *Dicionário da Língua Portuguesa*. 8ª Edição.

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*, vol. 5, n° 3, 352-355.

Raoul-Duval, A.; Letur-Konirsch, H. & Frydman (1992). Anonymous oocyte donation: a psychological study of recipients, donors and children. *Human Reproduction*, vol. 7, n° 1, 51-54.

Raoul-Duval, A.; Letur-Konirsch, H.; Bertrand-Servais, M. & Frydman, R. (1993). Les donneuses d'ovocytes – aspects psychologiques. *J. Gynaecol. Obstet. Biol. Reprod.*, 22, 766-770.

Reame, N. (2000). Making babies in the 21st century: new strategies, old dilemmas. *Women's Health Issues*, vol. 10, Issue 3, 152-159.

Ribeiro, J.L. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia da saúde*. Lisboa. Climepsi Editores.

Riddle, M.; Applegarth, L.; Josephs, L.; Grill, E.; Cholst, I. & Rosenwaks, Z. (2003) Psychological characteristics of egg donors: MMPI-2 profiles of 436 anonymous oocyte donor candidates. *Fertility and Sterility*, vol. 80, Suppl. 3, September, S50.

Robinson, J.; Forman, R.; Clark, A.; Egan, D.; Chapman, M. & Barlow, D. (1991). Attitudes of donors and recipients to gamete donation. *Human Reproduction*, vol. 6, n° 2, 307-309.

Rosenberg, H. (1995). Follow-up study of anonymous ovum donors. *Human Reproduction*, vol. 10, n° 10, 2741-2747.

Sá, E. & Biscaia, J. (1997). Psicologia da Gravidez. In *A maternidade e o bebé*. (pp. 39-50). Org. Sá, E. Lisboa. Fim de Século Edições.

Sauer, M. (1996). Treating infertility in women of advanced reproductive age. *Contemporary OB/GYN. October*, 68-76.

Sauer, M. (1997, a). Exploitation or a woman's right? *British Medical Journal*, 314 (10 May), 1403.

Sauer, M. (1997, b). Reproductive prohibition: restricting donor payment will lead to medical tourism. *Human Reproduction*, vol. 12, n° 9, 1844-1845.

Sauer, M. (1999). Indecent proposal: \$5,000 is not reasonable compensation for oocyte donors. *Fertility and Sterility*, vol. 71, n° 1, January, 7-8.

Sauer, M. & Paulson, R.J. (1992). Oocyte donors: a demographic analysis of women at the University of Southern California. *Human Reproduction*, vol. 7, n° 5, 726-728.

Sauer, M. & Paulson, R.J. (1994). Mishaps and misfortunes: complications that occur in oocyte donation. *Fertility and Sterility*, vol. 61, n° 5, 963-965.

Schwartz, L.L. (2003). A nightmare for King Solomon: The new reproductive technologies. *Journal of Family Psychology*, vol. 17, n° 2, 229-237.

Scheper-Hughes, N. (2001). Bodies for Sale – Whole or in Parts. *Body & Society*, vol. 7(2-3), 1-8.

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*, vol. 6, n° 10, 1487-1491.

Schover, L.R.; Rotmann, S.A. & Collins, R.L. (1992). The personality and motivation of semen donors: a comparison with oocyte donors. *Human Reproduction*, vol. 7, n° 4, 575-579.

Söderström-Antilla, V. (1995). Follow-up of Finnish volunteer oocyte donors concerning their attitudes to oocyte donation. *Human Reproduction*, vol. 10, n° 11, 3073-3076.

Sonmezer, M. & Oktay, K. (2004). Fertility preservation in female patients. *Human Reproduction Update*, vol.10, n° 3, 251-266.

The Lancet (2003). Eggs shared, given, and sold. *Editorial*. vol. 362, number 9382, 9 August.
Available [on line]: <http://www.thelancet.com/search/search.isa>.

Tizzard, J. (2002). Gamete donation: secrets and anonymity. In Shenfield, F. & Sureau, C. (Eds). *Ethical dilemmas in Reproduction* (pp. 75-85). London. The Parthenon Publishing Group.

Tober, D. (2001). Semen as Gift, semen as goods: reproductive workers and the market in altruism. *Body & Society*, vol. 7 (2-3), 137-160.

Turner, A.J. & Coyle, A. (2000). What does it mean to be a donor offspring? The identity experiences of adults conceived by donor insemination and the implications for counselling and therapy. *Human Reproduction*, vol. 15, n° 9, 2041-2051.

Watzlawick, P. (1991). *A realidade é real?* Lisboa, Relógio d'Água Editores.

Weil, E.; Cornet, D.; Sibony, C.; Mandelbaum, J. & Salat-Baroux, J. (1994). Psychological aspects in anonymous and non-anonymous oocyte donation. *Human Reproduction*, vol. 9, n° 7, 1344-1347.

Weiss, K.A.; Mangieri, R.; Josephs, L.S. & Cholst, I.N. (2001) Outcome of a cohort of anonymous oocyte donor applicants and predictors of voluntary withdrawal. *Fertility and Sterility*, vol. 76, Issue 3, Suppl. 1, S25.

SIH
PERE/AM1

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

Mestrado em Psicologia da Saúde

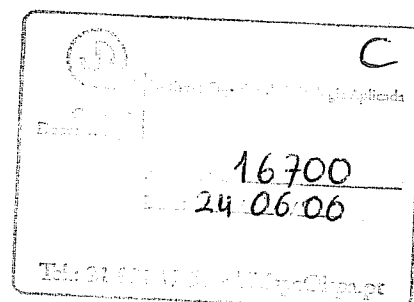
2004

**ESTUDO DA PERSONALIDADE, MOTIVAÇÃO E
VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS DE MULHERES
CANDIDATAS A DOAÇÃO DE OVÓCITOS**

ANEXOS

Ana Maria Vieira de Oliveira Pereira

Orientadora: Professora Doutora Isabel Leal



Índice de anexos

1. Impresso de consentimento informado	2
2. Tabela com dados para tratamento estatístico	4
3. Questionário de caracterização da amostra.....	9
4. Inventário de personalidade NEO-PI-R.....	13
5. Carta de apresentação do estudo.....	30
6. Consentimento para participação no estudo	32
7. Análise de conteúdo das entrevistas clínicas	34
8. Perfil do NEO-PI-R	55
9. Testes <i>T-Student</i> da amostra total	57
10. Testes <i>T-Student</i> da amostra reduzida	70
11. Resumo dos testes de Mann-Whitney entre dois grupos	81
12. Testes Mann-Whitney.....	83
13. Transcrição das respostas à questão aberta sobre motivação para a doação	98
14. Valores normativos do NEO-PI-R.....	101

1. Impresso de consentimento informado

Consentimento Informado e Declaração

Eu, abaixo assinada, de livre vontade e conscientemente, manifesto o desejo de me submeter ao tratamento de estimulação ovárica que leva à obtenção de óvulos, que vou doar à AVA Clinic para que possam ser utilizados por um casal com problemas de infertilidade.

Afirmo que fui informada e que compreendo os seguintes pontos:

1. Pedi voluntariamente à equipa da AVA Clinic a realização do tratamento que leva à obtenção de óvulos.
2. Foi-me explicado em termos sucintos e em linguagem clara o protocolo de tratamento e as técnicas que poderão vir a ser efectuadas. As questões por mim colocadas foram-me respondidas claramente.
3. Embora o objectivo do tratamento seja o da obtenção de uma gravidez viável e saudável, não me foram dadas garantias de sucesso do tratamento no casal receptor.
4. Não desejo saber da continuidade do tratamento na receptora nem tenho direito nem responsabilidade sobre a possível gravidez que deste tratamento ocorrer.
5. Pretendo manter a anonimidade no processo de doação.
6. O tratamento pode ser cancelado a meu pedido em qualquer momento e por qualquer razão.
7. Se houver necessidade de intervenção médica ou cirúrgica devido ao próprio processo ou a patologias associadas

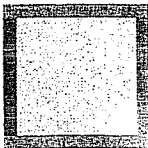
(como diabetes, doenças cardiovasculares, hipertensão, idade, anemia, obesidade, etc.) estas incluem complicações potencialmente sérias. Este risco não está aumentado pelas técnicas usadas neste tratamento.

8. Fui informada e compreendo a possibilidade de ocorrência de hiperestimulação ovárica e das suas consequências.
9. Compreendo que as possíveis complicações da punção ovárica, embora raras, podem ser hemorragias durante e após o procedimento, infecções dos órgãos genitais internos ou da zona pélvica, peritonite, lesão intestinal ou ureteral, infecção urinária e aderências pélvicas ou intrauterinas. Se houver outras doenças de base, conhecidas ou não, podem estar associados outros riscos, mas que não estão aumentados pelas técnicas utilizadas.
10. Desejo doar altruisticamente os meus óvulos resultantes da estimulação ovárica, e não pretendo receber elementos por este procedimento. Pretendo no entanto ser compensada pelos incómodos e pelas despesas ocorridas durante o tratamento, independentemente do número de óvulos obtidos.

Manifesto, assim, que estou satisfeita com a informação recebida e que compreendo os objectivos e os riscos dos tratamentos a que me sujeito. Em prova da minha aceitação e conformidade, subscrevo o presente documento.

Lisboa, _____

Assinatura e nome por extenso



AVA-CLINIC
CENTRO DE FERTILIDADE

Pç. D. Pedro IV, 74-3A
1100-202 Lisboa
T: 21-324 5000
F: 21-324 5005

info@avaclinic.com
www.avaclinic.com

2. Tabela com dados para tratamento estatístico

Idade	Estado	Escolaridade	Pai	Mãe	Gravidez	IVG	Filhos	Desejo ter filhos	Conhecimento	Conheceadoras	Tempo de decisão	Partilha com amigos	Partilha com marido/na morado	Partilha com família	Não contou	Amizade	Ética	Ajudar casais inférteis
1	26	1	Vive	Vive	2	2	1	2	1	2	12	1			1			1
2	29	5	20	20	2	2	2	1	3	1	1	1	1					1
3	26	1	Nunca	Vive	1	1	1	2	4	1	1	1	1					1
4	37	5	22	22	2	1	2	2	1	2	12	1						1
5	29	1	24	24	1	1	1	2	1	2	1		1					1
6	25	1	6	20	1	1	1	2	3	1	24		1					1
7	34	5	Nunca	26	2	2	2	3	5	1	6		1					1
8	28	1	24	24	1	1	1	3	1	1	1							1
9	35	5	16	16	1	1	1	2	1	2	12							1
10	30	3	24	24	2	1	2	2	1	2	3							1
11	32	2	12	19	2	1	2		1	2	2		1					1
12	27	3	21	21	1	1	1	2	1	2	2					1		1
13	37	1	20	20	1	1	1	3	1	2	2		1					1
14	29	2	22	22	2	1	2	3	1	1	1				1			1
15	39	5	14	14	2	2	2	1	1	2	1		1					1
16	31	3	21	21	2	2	2	1	2	2	1							1
17	37	2	30	30	2	1	2	2	3	1	1		1					1
18	29	2	22	22	2	1	2	3	2	1	1							1
19	30	2	23	23	2	2	2	3	1	2	1							1
20	24	1	7	Vive	2	1	2	2	2	1	8			1				
21	23	1	9	21	1	1	1	2	1	1	1							
22	36	1	2	20	2	1	2	1	3	1	3							
23	25	1	23	23	1	1	1	2	1	2	2							
24	22	1	10	Vive	1	1	1	2	1	1	24		1			1		1
25	34	1	32	32	1	1	1	2	1	1	2		1					
26	25	1	21	Vive	2	2	1	1	3	1	3		1					
27	48	4			2	2	1		3	1	1							
28	22	1	19	19	1	1	1	3	1	2	1					1		
29	33	1	29	29	1	1	1	2	1	1	2							
30	29	1	Vive	Vive	1	1	1	2	3	1	1		1					
31	32	2	23	27	2	2	2	2	3	1	2							
32	28	4	0	20	2	2	2	2	3	1	3							
33	30	2	12	21	2	2	2	2	2	1	2		1			1		
34	32	5	10	18	2	1	2		3	1	4							1
35	31	4	24	24	2	1	2		1	1	1							1
36	34	1	27	27	2	2	1	3	3	1	12						1	
37	26	1	7	19	2	2	2	3	2	1	1		1					1

Ajudar mulheres inférteis	Retribuição financeira	Comprovar fertilidade	Herança genética	Outras	Concretização	Porque não concretizou
1					1	
1				1	1	
1		1			1	
1	1				1	
1	1				2	1
1					2	2
1					1	
1		1			2	2
1					3	
1					2	
1	1				2	1
1	1	1			2	2
1	1	1			1	3
1	1				2	4
1	1				2	3
1					1	
1					3	
1					2	2
1					1	
1					2	
1					1	
1			1		2	1
1			1		2	1
1				1	2	4
1	1				3	
1					2	1
1					1	
1	1				2	1
1	1				2	1
1					1	
1	1				2	1
1	1				3	
1	1				1	
1	1				3	

N	E	O	A	C	N1	N2	N3	N4	N5	N6	E1	E2	E3	E4	E5	E6
85	107	111	141	117	17	7	11	17	19	14	25	16	13	17	16	20
101	146	151	107	121	16	18	19	11	21	16	29	23	20	24	27	23
42	136	126	100	167	4	9	6	6	16	1	24	14	27	21	23	27
96	112	116	108	134	21	11	13	17	21	13	17	20	14	20	17	24
75	124	89	134	128	17	8	11	20	11	8	29	30	17	13	12	23
96	121	125	106	125	19	10	14	20	22	11	21	23	11	16	25	25
64	120	125	146	154	22	10	10	10	6	6	27	17	17	16	17	26
107	96	114	127	130	20	18	23	18	20	8	23	11	17	15	14	16
37	118	137	125	168	12	3	1	6	15	0	23	13	23	15	16	28
87	103	114	128	138	18	13	14	16	14	12	19	14	15	18	15	22
127	101	118	116	103	27	18	24	18	22	18	23	18	12	22	18	8
107	111	133	102	136	24	19	17	18	19	10	20	17	18	21	17	18
75	124	121	116	144	15	10	9	11	19	11	23	16	22	20	21	22
89	117	121	142	135	23	9	16	12	20	9	23	21	13	17	19	24
97	116	105	122	114	22	15	15	15	13	17	21	21	17	17	19	21
63	135	140	135	125	13	9	12	11	11	7	24	24	18	19	23	27
49	142	122	123	132	12	6	6	8	15	2	29	21	22	26	25	19
102	115	107	108	119	18	15	21	23	13	12	19	19	14	16	21	26
83	105	115	129	102	20	7	17	15	14	10	20	24	11	16	17	17
85	119	111	124	141	18	10	9	19	16	13	24	23	14	18	20	20
82	111	114	96	128	17	9	14	20	15	7	23	22	13	14	16	23
124	109	133	111	115	23	21	22	24	20	14	18	16	13	20	24	18
106	132	107	81	123	16	22	19	18	16	15	23	19	20	22	27	21
108	120	147	118	100	18	20	19	13	23	15	21	20	21	16	20	22
92	111	106	117	112	18	14	17	18	14	11	22	15	14	20	21	19
134	107	145	119	115	23	23	21	27	21	19	17	18	16	16	21	19
92	110	121	111	94	18	18	14	14	15	13	22	15	15	19	19	20
111	119	91	116	75	25	15	14	13	22	22	24	20	14	19	22	20
112	84	86	129	117	22	18	20	25	12	15	17	13	9	17	15	13
74	131	128	125	127	10	7	12	12	24	9	26	21	20	19	21	24
95	122	133	128	108	17	16	15	14	24	9	21	21	21	16	21	24
95	153	148	126	134	21	15	14	12	22	11	28	25	21	24	28	27
70	130	104	109	158	18	8	6	6	11	10	26	23	15	21	23	22
54	134	126	110	148	14	6	3	10	13	8	23	27	15	23	22	24
72	124	120	126	136	18	10	8	8	14	7	25	22	12	18	22	25
145	92	137	115	79	28	19	27	22	22	21	20	10	10	15	17	20
79	114	135	140	131	22	10	11	10	14	12	28	15	12	19	16	24

O1	O2	O3	O4	O5	O6	A1	A2	A3	A4	A5	A6	C1	C2	C3	C4	C5	d
14	26	20	13	18	22	23	24	25	26	21	17	19	24	18	19	20	
26	28	19	24	26	17	9	26	10	22	24	19	20	24	21	19	18	
18	22	26	14	28	22	19	24	13	5	17	30	28	28	29	30	22	
16	17	26	13	24	11	19	26	14	21	17	21	21	24	22	26	20	
17	23	12	8	16	17	24	26	21	28	18	26	14	28	19	22	14	
21	19	21	17	26	20	15	21	18	15	17	21	21	25	24	20	19	
17	27	23	19	21	18	19	26	31	22	27	27	27	29	24	27	25	
18	25	15	20	17	19	16	23	27	20	15	20	20	28	22	24	15	
20	28	25	18	25	21	21	32	16	11	22	31	24	31	26	30	26	
13	23	22	14	20	20	19	25	18	22	20	22	22	21	22	22	24	
21	23	16	20	21	17	17	23	15	21	23	18	17	19	20	16	13	
22	26	18	27	18	16	16	21	15	16	15	23	24	26	21	23	19	
22	22	19	19	19	21	22	20	21	16	24	23	21	28	27	24	21	
21	21	22	16	23	18	24	27	26	21	23	21	21	20	18	27	21	
15	21	14	18	18	19	18	21	20	27	14	21	20	23	18	17	15	
23	25	24	24	22	24	22	23	26	20	26	22	22	16	22	23	18	
20	23	20	17	17	23	20	20	28	17	22	24	24	18	29	24	12	
22	18	14	19	18	16	15	25	16	18	15	20	13	27	19	18	22	
14	27	16	19	21	18	26	21	26	24	11	26	14	22	14	15	11	
19	19	20	17	15	21	19	20	21	19	29	24	24	27	22	23	21	
15	20	19	17	17	23	11	16	12	17	16	27	23	15	19	23	21	
24	25	23	24	16	21	21	17	11	19	18	23	18	20	20	20	14	
18	24	14	16	19	16	11	12	6	15	20	21	26	22	20	22	12	
25	24	24	22	22	27	25	17	14	18	24	22	14	19	20	14	11	
11	25	20	19	15	15	20	17	22	17	23	20	20	14	19	16	22	
26	27	23	17	27	26	15	20	26	12	24	22	20	20	16	17	20	
17	23	21	22	21	17	19	18	25	18	17	14	14	13	18	17	11	
19	16	17	15	8	16	12	27	19	16	24	13	12	16	18	11	5	
16	14	14	15	11	16	16	21	24	24	19	19	17	21	18	19	23	
27	24	25	15	13	24	24	26	22	19	20	24	18	21	22	24	18	
24	21	24	19	19	26	14	22	23	18	26	23	10	25	22	17	11	
25	26	25	24	28	20	22	17	29	20	15	23	27	18	25	27	16	
17	21	22	9	20	15	20	16	23	12	18	20	24	26	27	27	27	
19	24	19	20	23	21	13	20	26	12	19	19	23	27	23	27	22	
18	19	19	21	13	21	20	23	18	18	20	19	20	28	26	23	14	
25	29	28	19	19	17	17	23	14	22	23	13	16	21	11	9	9	
16	25	23	23	22	27	21	24	25	22	24	24	21	27	20	24	24	

3. Questionário de caracterização da amostra

NOME _____

(preencha o seu nome apenas se pretende receber o seu perfil de personalidade)

1. IDADE _____

2. ESTADO CIVIL:

Solteira Casada Divorciada Separada Viúva

3. ESCOLARIDADE (mesmo que incompleta)

Até 9 anos Até 11 anos Até 12 anos Bacharelato Licenciatura Outro

Qual _____

4. ATÉ QUE IDADE VIVEU COM O PAI? _____

5. ATÉ QUE IDADE VIVEU COM A MÃE? _____

6. JÁ ESTEVE GRÁVIDA? Não Sim 7. JÁ FEZ INTERRUPTÃO VOLUNTÁRIA
DE GRAVIDEZ? Não Sim

8. TEM FILHOS? Não Sim

9. DESEJA TER FILHOS? Não Sim Não sabe

10. COMO TOMOU CONHECIMENTO DA POSSIBILIDADE DE PODER DOAR ÓVULOS?

Amigos

Familiares

Comunicação social

Internet

Outros

Quais? _____

11. CONHECEU OU CONHECE ALGUÉM QUE TIVESSE FEITO DOAÇÃO DE ÓVULOS?

Não Sim

12. QUANTO TEMPO DECORREU ENTRE SABER DA POSSIBILIDADE DE DOAÇÃO E A TOMADA DE DECISÃO DE O FAZER (*dê a resposta em meses*)

13. FALOU COM ALGUÉM SOBRE A SUA INTENÇÃO?

(pode assinalar mais do que uma opção)

a) Amigos

b) Marido/namorado

c) Família

d) Ninguém

e) Outros

Quem: _____

14. QUAIS OS MOTIVOS PELOS QUAIS TOMOU A DECISÃO DE SER DADORA?

15. DAS SEGUINTE OPÇÕES, ASSINALE AQUELAS QUE CONSIDERA TEREM TIDO INFLUÊNCIA NA SUA DECISÃO:

- Amizade
- Ética
- Ajudar outros casais
- Ajudar mulheres inférteis
- Retribuição Financeira
- Querer comprovar a sua fertilidade
- Querer transmitir a sua herança genética
- Outras _____

16. CONCRETIZOU A DOAÇÃO DE OVÓCITOS? Sim Não

Se não, quais as razões? _____

4. Inventário de personalidade NEO-PI-R

NEO PI - R TM

Instruções

Este questionário contém 240 afirmações.

Leia cuidadosamente cada uma delas.

Para cada afirmação, coloque um só X no quadrado que melhor representa a sua opinião:

Assinale X no quadrado que corresponde a **DF (discordo fortemente)** se a afirmação for definitivamente falsa ou se você discordar fortemente dela.

Assinale X no quadrado que corresponde a **D (discordo)** se a afirmação for, na maior parte das vezes, falsa ou se você discordar dela.

Assinale X no quadrado que corresponde a **N (neutro)** se a afirmação for igualmente verdadeira e falsa, ou se você não se decidir, ou ainda, se a sua posição perante o que foi dito for completamente neutra.

Assinale X no quadrado que corresponde a **C (concordo)** se a frase for na maior parte das vezes verdade, ou se concorda com ela.

Finalmente, assinale X no quadrado que corresponde a **CF (concordo fortemente)** se a frase for definitivamente verdadeira ou se concordar fortemente com ela.

Não existem respostas certas ou erradas, descreva as suas opiniões da forma mais precisa e sincera possível.

Por favor, leia cada afirmação com atenção e marque apenas um só X em cada resposta, escolhendo a que melhor corresponde à sua opinião.

Responda a todas as questões.

Se tiver mudado de opinião ou se tiver enganado, encha o quadrado errado e assinale com um novo X a resposta correcta: **DF D N C CF**

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
--	------------------------------	---------------	-------------	---------------	------------------------------

1. Não sou uma pessoa preocupada.					
2. Gosto mesmo da maioria das pessoas que encontro.					
3. Tenho uma imaginação muito activa.					
4. Tendo a ser descrente ou a duvidar das boas intenções dos outros.					
5. Sou conhecido(a) pela minha prudência e bom senso.					
6. Muitas vezes aborreço-me a maneira como as pessoas me tratam.					
7. Não gosto de multidões, por isso, as evito.					
8. Não dou muita importância às coisas da arte e da beleza.					
9. Não sou matreiro(a), nem espertalhão					
10. Antes quero deixar as coisas em aberto que planear tudo, com antecedência.					
11. Raramente me sinto só ou abatido(a).					
12. Sou dominador(a), cheio(a) de força e combativo(a).					
13. Sem emoções fortes, a vida não teria interesse para mim.					
14. Algumas pessoas pensam que sou invejoso(a) e egoísta.					
15. Tento realizar, conscienciosamente, todas as minhas obrigações.					
16. Ao lidar com outras pessoas, tenho sempre receio de ser mal sucedido(a).					
17. Tenho uma maneira de ser descontráida, no trabalho e nos tempos livres.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
--	------------------------------	---------------	-------------	---------------	------------------------------

18. Sou bastante agarrado(a) ao meu modo de ser.					
19. Preferia colaborar com as outras pessoas do que competir com elas.					
20. Sou distraído(a) e pouco determinado(a).					
21. É raro eu ceder (transigir) muito em qualquer coisa.					
22. Sinto, muitas vezes, uma necessidade louca de me divertir.					
23. Muitas vezes, dá-me prazer brincar com teorias e ideias abstractas.					
24. Não me custa nada gabar-me das minhas capacidades e dos meus sucessos.					
25. Sou bastante capaz de organizar o meu tempo, de maneira a fazer as coisas dentro do prazo.					
26. Sinto-me, muitas vezes, desamparado(a), desejando que alguém resolva os meus problemas por mim.					
27. Para dizer a verdade, nunca pulei de alegria.					
28. Acredito que deixar os alunos ouvir pessoas, com ideias discutíveis, só os pode confundir e desorientar.					
29. Os governantes deviam preocupar-se mais com os aspectos humanos.					
30. Ao longo dos anos, fiz algumas coisas bem estúpidas.					
31. Assusto-me, facilmente.					
32. Não me dá muito prazer estar à conversa com as pessoas.					
33. Tento sempre organizar os meus pensamentos, em termos realistas, não dando asas à imaginação.					
34. Acredito que a maioria das pessoas são, no fundo, bem-intencionadas.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
--	------------------------------	---------------	-------------	---------------	------------------------------

35. Não encaro os deveres cívicos, tais como votar, muito seriamente.					
36. Não me zango facilmente.					
37. Gosto de ter muita gente, à minha volta.					
38. Às vezes, deixo-me absorver, totalmente, pela música que ouço.					
39. Se for necessário, não hesito em manipular as pessoas para conseguir aquilo que quero.					
40. Mantenho as minhas coisas limpas e em ordem.					
41. Às vezes, sinto-me completamente inútil.					
42. Às vezes, não consigo afirmar-me, tanto como devia.					
43. Raramente, sinto emoções fortes.					
44. Tento ser delicado com todas as pessoas, que encontro.					
45. Às vezes, não sou tão seguro(a) ou digno(a) de confiança como deveria ser.					
46. Poucas vezes, me sinto inseguro(a), quando estou com outras pessoas.					
47. Quando faço alguma coisa, faço-a com todo o entusiasmo.					
48. Penso que é interessante aprender e cultivar novos hobbies (passatempos).					
49. Sei ser sarcástico(a) e cínico(a), quando necessário.					
50. Tenho objectivos claros, e faço por atingi-los, de uma forma ordenada.					
51. Custa-me resistir aos meus desejos.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
--	------------------------------	---------------	-------------	---------------	------------------------------

52. Não gostaria de passar férias no Algarve.					
53. Acho as discussões filosóficas aborrecidas.					
54. Prefiro não falar de mim próprio(a) e das minhas realizações.					
55. Perco muito tempo, antes de me concentrar no trabalho.					
56. Sinto que sou capaz de resolver a maioria dos meus problemas.					
57. Já experimentei, algumas vezes, sensações de grande alegria ou de êxtase (arrebatamento).					
58. Acredito que as leis e as políticas sociais deveriam mudar, de forma a reflectir as necessidades de um mundo em mudança.					
59. Sou inflexível e duro(a) nas minhas atitudes.					
60. Penso, maduramente, nas coisas, antes de tomar uma decisão.					
61. Raramente me sinto amedrontado(a) ou ansioso(a).					
62. Sou conhecido(a) como uma pessoa amigável e simpática.					
63. Tenho uma grande capacidade de fantasiar.					
64. Penso que a maior parte das pessoas abusa de nós, se as deixarmos.					
65. Mantenho-me informado(a) e, geralmente, tomo decisões inteligentes.					
66. Sou conhecido(a) como uma pessoa de mau génio e irritável.					
67. Normalmente, prefiro fazer as coisas sozinho(a).					
68. Aborrece-me ver bailado ou dança moderna.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
69. Mesmo que quisesse, não conseguiria enganar ninguém.					
70. Não sou uma pessoa muito metódica (ordenada).					
71. Raramente estou triste ou deprimido(a).					
72. Já fui, muitas vezes, líder (chefe) de grupos a que pertenci.					
73. É importante para mim a maneira como eu vejo as coisas.					
74. Algumas pessoas consideram-me frio(a) e calculista.					
75. Pago as minhas dívidas, a tempo e horas.					
76. Já houve alturas, em que fiquei tão envergonhado(a), que desejava meter-me num buraco.					
77. Posso trabalhar devagar, mas tenho bom rendimento.					
78. Quando encontro uma maneira correcta de fazer qualquer coisa, não mudo mais.					
79. Hesito em expressar a minha raiva, mesmo quando justificada.					
80. Quando inicio um programa de modificação pessoal, deixo de o cumprir, após alguns dias.					
81. Não me é difícil resistir a tentações.					
82. Já fiz algumas coisas, só pelo gozo ou gana de as fazer.					
83. Gosto de resolver problemas e quebra-cabeças (puzzles).					
84. Sou melhor do que a maioria das pessoas, e tenho consciência disso.					
85. Sou uma pessoa aplicada, conseguindo sempre realizar o meu trabalho.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
--	------------------------------	---------------	-------------	---------------	------------------------------

86. Quando estou, numa grande tensão, sinto-me às vezes, como se me estivessem a fazer em pedaços.					
87. Não sou um(a) grande optimista.					
88. Acredito que devemos ter em conta a autoridade religiosa, quando se trata de tomar decisões respeitantes à moral.					
89. Nunca fazemos demasiado pelos pobres e pelos velhos.					
90. Às vezes actuo, primeiro, e penso, depois.					
91. Muitas vezes, sinto-me tenso(a) e enervado(a).					
92. Muitas pessoas vêem-me como uma pessoa um pouco fria e distante.					
93. Não gosto de perder tempo a sonhar acordado(a).					
94. Penso que a maioria das pessoas com quem lido são honestas e dignas se confiança.					
95. Sou, frequentemente, confrontado(a) com situações para as quais não estou totalmente preparado(a).					
96. Não sou considerado(a) uma pessoa melindrosa ou irritável.					
97. Sinto mesmo necessidade de estar com outras pessoas, quando estou sozinho(a), durante muito tempo.					
98. Fico admirado(a) com os modelos que encontro na arte e na natureza.					
99. Ser completamente honesto(a) é uma via inadequada para fazer negócios.					
100. Gosto de ter as coisas no seu lugar, pois, assim sei onde as posso encontrar.					
101. Já senti, algumas vezes, uma sensação profunda de culpabilidade ou de ter pecado.					
102. Normalmente, nas reuniões, deixo os outros falar.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
--	------------------------------	---------------	-------------	---------------	------------------------------

103. Raramente, presto atenção àquilo que sinto no momento.					
104. Geralmente, procuro ser atencioso(a) e delicado(a).					
105. Nos jogos de paciência, às vezes, faço batota.					
106. Não fico muito atrapalhado, quando as pessoas se riem e fazem pouco de mim.					
107. Muitas vezes, sinto-me a rebentar de energia.					
108. Frequentemente, experimento comidas novas e desconhecidas.					
109. Quando não gosto das pessoas, faço-lho saber.					
110. Trabalho muito, para conseguir o que quero.					
111. Quando me apresentam o meu prato preferido, tenho tendência a comer demasiado.					
112. Procuro evitar filmes demasiado chocantes ou assustadores.					
113. Às vezes, perco o interesse, quando as pessoas começam a falar sobre assuntos demasiado teóricos e abstractos.					
114. Tento ser humilde.					
115. Tenho dificuldades em me decidir a fazer o que devo.					
116. Em casos de perigo, conservo a cabeça fria.					
117. Às vezes, sinto-me a rebentar com tanta felicidade.					
118. Penso que as ideias diferentes das nossas, sobre o que é bem ou o que é mal, das pessoas de outras sociedades, devem ter valor para elas.					
119. Não gosto de pedintes.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
--	------------------------------	---------------	-------------	---------------	------------------------------

120. Antes de agir, penso nas conseqüências.					
121. Raramente, me preocupo com o futuro.					
122. Gosto muito de falar com as outras pessoas.					
123. Dá-me gozo concentrar-me numa fantasia e explorar todas as suas possibilidades, deixando-a crescer e desenvolver-se.					
124. Fico desconfiado(a), sempre que alguém me faz qualquer coisa agradável.					
125. Tenho orgulho do meu bom senso.					
126. Fico, frequentemente, aborrecido(a) com as pessoas com quem tenho de lidar.					
127. Prefiro trabalhos, que eu possa fazer sozinho(a), sem ser incomodado(a) por outras pessoas.					
128. A poesia pouco ou nada me diz.					
129. Detestaria ser considerado(a) um hipócrita.					
130. Parece que nunca consigo ser organizado(a).					
131. Tenho tendência a culpabilizar-me, se alguma coisa corre mal.					
132. Muitas vezes, as outras pessoas pedem-me para as ajudar a tomar decisões.					
133. As minhas emoções e sentimentos são muitas e variadas.					
134. Não sou muito conhecido(a), pela minha generosidade.					
135. Quando assumo um compromisso, podem sempre contar que eu o cumpra.					
136. Sinto-me, muitas vezes, inferior às outras pessoas.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
--	------------------------------	---------------	-------------	---------------	------------------------------

137. Não sou tão rápido(a) e vivo(a) como outras pessoas.					
138. Prefiro passar o tempo, em ambientes, que me são familiares.					
139. Quando sou insultado(a), tento apenas perdoar e esquecer.					
140. Não sou ambicioso(a).					
141. Raramente, cedo aos meus impulsos.					
142. Gosto de estar onde está a acção.					
143. Gosto de resolver problemas (<i>puzzles</i>) do tipo <i>quebra-cabeças</i> .					
144. Tenho uma opinião muito favorável acerca de mim próprio(a).					
145. Quando começo um projecto, quase sempre o termino.					
146. Sinto quase sempre dificuldade em tomar decisões.					
147. Não me considero, especialmente, uma pessoa de ânimo leve (<i>leviana</i>).					
148. Julgo que é mais importante ser fiel aos próprios ideais e princípios do que ter <i>abertura de espírito</i> .					
149. As necessidades humanas devem ter sempre prioridade sobre considerações económicas.					
150. Sou, frequentemente, levado(a) pelo impulso do momento.					
151. Preocupo-me, muitas vezes, ao pensar que as coisas podem correr mal.					
152. É fácil para mim sorrir e associar com pessoas desconhecidas.					
153. Quando vejo que estou a ser levado(a) pela imaginação, procuro concentrar-me ocupando-me com qualquer trabalho ou actividade.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
--	------------------------------	---------------	-------------	---------------	------------------------------

154. A minha primeira reacção é confiar nas pessoas.					
155. Não me parece que tenha sido bem sucedido(a), seja no que for.					
156. É preciso muito para me arreliares.					
157. Prefiro passar férias, numa praia concorrida, do que numa cabana isolada nos bosques.					
158. Certas formas de música têm um encanto infinito para mim.					
159. Por vezes, levo as pessoas a fazerem o que eu desejo.					
160. Tendo a ser uma pessoa um tanto exigente ou difícil de contentar.					
161. Tenho uma fraca opinião acerca de mim próprio(a).					
162. Prefiro tratar da minha vida a ser chefe (mandar) das outras pessoas.					
163. Poucas vezes, me dou conta da influência, que diferentes ambientes produzem nas pessoas.					
164. A maioria das pessoas, que conheço, gostam de mim.					
165. Observo, rigorosamente, os princípios éticos, que defendo.					
166. Sinto-me à vontade, na presença do meu patrão ou outras autoridades.					
167. Normalmente, dou a impressão de estar sempre com pressa.					
168. Por vezes, mudo coisas, em minha casa, só para experimentar a diferença.					
169. Se alguém começa uma briga, estou sempre pronto(a) para lhe dar luta.					
170. Esforço-me por conseguir tudo aquilo que eu puder.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
--	------------------------------	---------------	-------------	---------------	------------------------------

171. Às vezes, como até me sentir mal.					
172. Adoro as emoções da montanha russa.					
173. Gosto pouco de me pronunciar sobre a natureza do universo e da condição humana.					
174. Julgo que não sou melhor do que os outros, seja qual for a sua condição.					
175. Quando um projecto se torna demasiado difícil, sinto-me inclinado(a) a começar um novo.					
176. Consigo controlar-me bastante bem, em situações de crise.					
177. Sou uma pessoa alegre e bem disposta.					
178. Considero-me um indivíduo aberto e tolerante, no que respeita ao modo de vida das outras pessoas.					
179. Penso que todos os seres humanos são dignos de respeito.					
180. Raramente, tomo decisões precipitadas.					
181. Tenho menos receios que a maioria das pessoas.					
182. Prendem-me aos meus amigos fortes laços afectivos.					
183. Em criança, raramente, achava piada aos jogos do <i>faz-de-conta</i> .					
184. Tendo a pensar o melhor acerca das pessoas.					
185. Sou uma pessoa muito competente.					
186. Houve alturas, em que experimentei ressentimento e amargura.					
187. Os encontros sociais são, geralmente, aborrecidos para mim.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
--	------------------------------	---------------	-------------	---------------	------------------------------

188. Às vezes, ao ler poesia e ao olhar para uma obra de arte, sinto um arrepio ou uma onda de emoção.					
189. Por vezes, meto medo ou lisonjeio as pessoas, para as levar a fazer o que eu quero que elas façam.					
190. Não tenho a obsessão da limpeza.					
191. Às vezes, as coisas parecem-me bastante negras e desesperadas.					
192. Nas conversas, tendo a falar mais do que os outros.					
193. Acho fácil empatizar, - quer dizer, sentir o que os outros sentem.					
194. Considero-me uma pessoa caridosa.					
195. Tento fazer as tarefas, com todo o cuidado, para não ter necessidade de as fazer outra vez.					
196. Se disser ou fizer algum mal a alguém, custa-me imenso conseguir encarar essa pessoa, outra vez.					
197. A minha vida decorre, a um ritmo rápido.					
198. Quando estou em férias, prefiro voltar a um local genuíno e já conhecido.					
199. Sou cabeçudo(a) e teimoso(a).					
200. Esforço-me por ser excelente, em tudo o que faço.					
201. Às vezes, faço as coisas, de modo tão impulsivo que, mais tarde, me arrependo.					
202. Atraem-me as cores alegres e os estilos exuberantes.					
203. Tenho muita curiosidade intelectual.					
204. Prefiro elogiar os outros a ser elogiado(a).					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
--	------------------------------	---------------	-------------	---------------	------------------------------

205. Existem tantas pequenas coisas a fazer que, por vezes, simplesmente as ignoro.					
206. Mesmo quando tudo parece correr mal, eu ainda consigo tomar boas decisões.					
207. É raro utilizar palavras como <i>fantástico</i> ou <i>sensacional</i> , para descrever as minhas experiências.					
208. Algo corre mal, se aos 25 anos, as pessoas não sabem em que é que acreditam.					
209. Tenho simpatia por pessoas com menos sorte do que eu.					
210. Planeio, de antemão e com cuidado, as minhas viagens.					
211. Às vezes, vêm-me à cabeça pensamentos aterradores.					
212. Interesso-me, pessoalmente, pelas pessoas com quem trabalho.					
213. Teria muita dificuldade em deixar a minha imaginação vaguear, sem controlo nem orientação.					
214. Tenho bastante fé na natureza humana.					
215. Sou eficiente e eficaz no meu trabalho.					
216. Mesmo os pequenos contratemplos podem ser frustrantes para mim.					
217. Gosto de festas com muita gente.					
218. Agrada-me mais ler poesia, que dá ênfase aos sentimentos e às imagens, do que uma história com princípio, meio e fim.					
219. Orgulho-me da minha perspicácia a lidar com as pessoas.					
220. Gasto muito tempo à procura de coisas, que coloquei fora do lugar.					
221. Muitas vezes, quando as coisas me não correm bem, perco a coragem e tenho vontade de desistir.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
--	------------------------------	---------------	-------------	---------------	------------------------------

222. Não considero fácil controlar as situações.					
223. Coisas estranhas, como certos sabores ou o nome de locais distantes, podem evocar em mim fortes emoções.					
224. Quando posso, deixo o que estou a fazer, para ajudar os outros.					
225. Só se estivesse mesmo doente é que eu faltava a um dia de trabalho.					
226. Fico embaraçado(a), quando as pessoas, que eu conheço, fazem asneiras.					
227. Sou uma pessoa muito activa.					
228. Sigo sempre o mesmo caminho, quando vou a qualquer sítio.					
229. Frequentemente, arranjo discussões com a minha família e colegas de trabalho.					
230. Tenho o <i>vício</i> do trabalho.					
231. Consigo sempre manter os meus sentimentos sob controlo.					
232. Nos acontecimentos desportivos, gosto de fazer parte da multidão.					
233. Tenho uma grande variedade de interesses intelectuais.					
234. Sou uma pessoa superior.					
235. Tenho muita auto-disciplina.					
236. Sou bastante estável, do ponto de vista emocional.					
237. Rio, facilmente.					
238. Penso que a <i>nova moralidade</i> , que consiste em tudo permitir, não é moralidade nenhuma.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
--	-------------------------------------	----------------------	--------------------	----------------------	-------------------------------------

239. Prefiro ser considerado(a) benevolente a ser considerado justo(a).					
240. Penso duas vezes, antes de responder a uma pergunta.					
241. Tentei responder a todas as questões, de maneira honesta e precisa.					

5. Carta de apresentação do estudo

Desde já agradecemos a sua disponibilidade para colaborar nesta investigação, a realizar no âmbito do Mestrado em Psicologia da Saúde do Instituto Superior de Psicologia Aplicada, sob supervisão da Prof^a Doutora Isabel Leal.

Trata-se do primeiro estudo realizado em Portugal com mulheres candidatas a doação de óvulos, e através do qual se pretende descrever a personalidade das mulheres que constituem este grupo.

O teste de personalidade utilizado não é um teste de inteligência e não tem intenção de diagnosticar qualquer problema de saúde mental, apenas mostra quais são as suas características de personalidade que a tornam diferente de todas as outras pessoas. Permite-lhe assim ter uma ideia da sua forma de pensar, sentir e agir, que a caracterizam e que são estáveis ao longo da sua vida.

Como contrapartida da sua colaboração, e se assim o desejar, ser-lhe-á enviado o resumo dos resultados do seu teste de personalidade. Para isso apenas terá que escrever o seu nome na folha de teste e assinar a folha de consentimento.

Caso não pretenda receber o seu resumo, não preencha o seu nome na folha de teste.

As suas respostas serão anónimas ou confidenciais, consoante as opções atrás referidas, e os resultados destinam-se apenas a uso académico.

Dentro do seu envelope encontra-se o teste de personalidade e um envelope selado e endereçado, para que possa reenviar o questionário e o consentimento, depois de preenchidos.

Se tiver qualquer dúvida ou pretender mais esclarecimentos sobre o projecto agradecemos que contacte Ana Oliveira Pereira para o telemóvel 962666953.

O nosso muito obrigada pela sua colaboração!

6. Consentimento para participação no estudo

Manifesto a minha concordância em participar na investigação, relacionada com o estudo da personalidade de mulheres candidatas a doação de óvulos, a realizar no âmbito do Mestrado em Psicologia da Saúde do Instituto Superior de Psicologia Aplicada, sob supervisão da Prof^a Doutora Isabel Leal.

Fui informada que o teste de personalidade utilizado não é um teste de inteligência e não tem intenção de diagnosticar qualquer problema de saúde mental, apenas mostra quais são minhas características de personalidade, ou seja, a minha forma de pensar, sentir e agir, que me caracterizam e que são estáveis ao longo da minha vida.

Tomei conhecimento da não existência de qualquer consequência pela não participação nesta investigação, e que os seus resultados não terão qualquer implicação na aceitação como dadora.

Fui informada que a minha identificação pessoal apenas se torna necessária, caso eu deseje que me seja facultado o resumo do meu teste de personalidade, tornando-se necessária para o respectivo envio.

Tomei conhecimento que, a fim de manter o sigilo sobre a minha participação, serei contactada de forma a optar pelo modo de devolução do resumo do meu teste.

Foi-me assegurada a total confidencialidade dos meus dados perante a clínica, e instituição académica, ficando estes apenas na posse do investigador.

Assinatura

7. Análise de conteúdo das entrevistas clínicas

SUJEITO 1	CÓDIGOS
<p>Tem 26 anos. 12º ano de Escolaridade. Empregada em boutique. Solteira e sem filhos. Vive com os pais e irmã. Infância calma e sem história.</p> <p>Não apresenta episódios traumáticos na sua vida pessoal, revela constância e equilíbrio nas relações afectivas e boa adaptação profissional. Teve namoro de 10 anos, que terminou há cerca de 3 anos. Já fez uma IVG. Deseja vir a ter filhos.</p> <p>É dadora de sangue e medula, por questões de consciência moral.</p> <p>Apresentou como única motivação para ser dadora o desejo de ajudar casais inférteis. Tem uma tia e uma amiga médica nessa situação.</p> <p>Valoriza muito a maternidade e gostaria que caso necessitasse, alguém fizesse o mesmo por ela. Tomou conhecimento do processo através de amiga mas demorou 1 ano a tomar a decisão, por receio face à credibilidade do processo. Desagradou-lhe a ideia de haver lugar a uma comparticipação financeira para as despesas com o processo.</p> <p>A dadora apenas gostaria de saber se os óvulos fertilizaram. Pensa que só saberá se é fértil quando levar uma gravidez até ao fim.</p> <p>No questionário fez questão de salientar que: <i>“a recompensa não tem o valor que um casal terá se conseguir o objectivo a que me propus”</i>.</p>	<p>1.2</p> <p>4.2</p> <p>5.1</p> <p>5.3.1</p> <p>5.2</p> <p>5.4</p> <p>6.2</p>
SUJEITO 2	CÓDIGOS
<p>28 anos de idade. 11º ano de escolaridade. Era programadora gráfica, mas actualmente empregada fabril. Casada e duas filhas com 8 e 2 anos. Nunca fez IVG. Tomou conhecimento do processo na Internet. Gostaria de ser dadora de sangue mas não tem peso suficiente.</p> <p>Grande ênfase no desejo de poder ser útil e ser capaz de ajudar alguém.</p> <p>Falou muito no mito de Ícaro e que ela própria sentia o desejo de curar e arranjar o mundo.</p> <p>De um ponto de vista psicológico, tratava-se de uma motivação no sentido de reparar sentimentos de desvalorização muito fortes, relacionados com uma infância e adolescência traumática devido às constantes separações e reconciliações dos pais que a obrigavam a intervir nas zangas. Isso levou-a juntar-se aos 15 anos, e lamenta que a mãe não a tivesse dissuadido. Ficou com este companheiro até aos 21 anos. Teve outra relação afectiva muito intensa, mas nunca conseguiram ficar juntos por incompatibilidade de feitio e estilos de vida.</p> <p>A 2ª filha é do actual marido, com quem tem uma relação estável se bem que sintam falta da paixão e da emoção associada à sua última relação.</p> <p>No questionário fez questão de referir que <i>“ a minha motivação é sentir-me útil ao poder ajudar”</i>.</p>	<p>5.1</p> <p>5.5</p> <p>1.1</p> <p>2.1</p> <p>3.1</p> <p>4.2</p>

SUJEITO 3	CÓDIGOS
<p>Na altura tinha 24 anos. Muito feminina na apresentação. Revelou grande capacidade cognitiva e história de excelente desempenho académico. Tem uma licenciatura em Engenharia Electrotécnica. História familiar sem problemas</p> <p>Nunca viveu com o pai e ainda vive com a mãe, que é professora. Deixou de se relacionar com o pai quando tinha 17 anos, porque este desvalorizava os seus sucessos académicos. Parece ter ultrapassado este facto.</p> <p>Nunca tinha feito IVG nem tinha filhos. À altura da entrevista, tinha relacionamento afectivo estável com perspectiva de vir a casar e ter filhos (1 ou 2 cerca dos 30 anos). O companheiro concordava com a doação.</p> <p>Tomou conhecimento do processo na Net ao fazer pesquisa sobre clonagem e doação.</p> <p>Na altura percebia-se o desejo velado de confirmar de algum modo a sua fertilidade, mas só desejava saber se os óvulos tinham fertilizavam</p> <p>Considerava que seus filhos são os que tiver com o namorado e por si gerados.</p> <p>.....</p> <p>Sobre os factores que tiveram peso na sua decisão referiu querer ajudar casais e mulheres inférteis e querer comprovar a sua fertilidade.</p> <p>Grande adepta do exercício físico, talvez por isso afirma:</p> <p><i>“Pensei ser uma forma muito especial de ajudar alguém com desejo muito forte e de difícil realização. Pensei que se tenho recursos biológicos e se usualmente os desperdiço, seria benéfico alguém poder usufruir da minha capacidade biológica de ter filhos”</i></p>	<p>1.2</p> <p>2.2</p> <p>4.2</p> <p>5.6</p> <p>6.2</p>
SUJEITO 4	CÓDIGOS
<p>34 anos. Tem o 1º ano da Faculdade, mas não especifica qual. Separada. Tem dois filhos. Empregada comercial. Nunca fez IVG ou teve aborto espontâneo.</p> <p>Viveu com ambos os pais até aos 22 anos. Não existem factores relevantes na sua história pessoal.</p> <p>Demorou cerca de 1 ano a tomar a decisão de ser dadora.</p> <p>Tinha como motivação para o processo o querer ajudar casais e a existência de participação financeira.</p> <p>.....</p> <p>Esta motivação foi reafirmada no questionário:</p> <p><i>“Além da ajuda da retribuição financeira, a possibilidade de outras mulheres terem o mesmo prazer que tive, o de ser mãe”</i></p>	<p>1.2</p> <p>4.2</p> <p>5.3</p> <p>5.7</p>

SUJEITO 5	CÓDIGOS
<p>28 anos de idade. Educadora do ensino especial. Viveu com os pais até aos 24 anos. Nunca teve gravidez ou IVG.</p> <p>A sua história não revela episódios traumáticos nem instabilidade emocional, embora o afastamento geográfico que estabeleceu com os pais resulte de uma necessidade de autonomização face à família.</p> <p>Aparenta ter uma personalidade reservada, sendo retraída nas relações sociais. Partilhou a sua decisão de doar com a irmã, e tomou a decisão após 1 mês de ponderação.</p> <p>Na entrevista referiu como motivação para o processo o desejo de ajudar aos outros e poder “averiguar” da sua fertilidade, aspecto que foi esclarecido não ser possível de conseguir através da doação. Ao contrário do que se esperava face a esta motivação, não desejava saber nada sobre os resultados da doação.</p> <p>.....</p> <p>Posteriormente, no questionário, só referiu como factores com influência na decisão, ajudar outros casais mulheres inférteis.</p> <p><i>“Saber da dificuldade de quem não pode ter filhos, e eu podendo dar óvulos. Uma coisa que não me faz mal e vai satisfazer o desejo de uma mulher de ser mãe, de poder gerar um filho”</i></p>	<p>1.2 4.2 3.1</p> <p>5.3 5.6 6.1</p>
SUJEITO 6	CÓDIGOS
<p>23 anos de idade. Licenciatura em Psicologia. Desempregada, embora a frequentar Curso de Formação Profissional remunerado. Solteira e com namoro estável. Viveu com o pai até aos 6 anos e com a mãe até aos 20 anos. Infância sem problemas. Vive perto do pai e tem boa relação com meios-irmãos. Acompanhou gravidez da madrastra e refere que a vinculação com irmãos começou nessa fase. Nunca fez IVG e deseja ter filhos.</p> <p>Tomou conhecimento do processo através de reportagem na TV e demorou cerca de 24 meses a tomar a decisão de ser dadora.</p> <p>A motivação que apresentou era poder receber uma retribuição financeira financeira, pois após ter tido bolsa de formação profissional, não queria regressar à situação de receber uma mesada através dos pais. Mais tarde revelou que se destinava a custear um desejo antigo, um tratamento de emagrecimento, pois tinha aumentado 17 kg nos últimos anos.</p> <p>Considerava que a filiação depende da gravidez e do criar uma criança, daí que os seus óvulos não representassem nada para ela. Não pretendia nenhuma informação sobre o processo. Revelou muitas preocupações face à possibilidade de riscos físicos, decorrentes do processo e manifestou o desejo de, com base no consentimento informado, discutir os riscos com o namorado. Ligou a manifestar desistência.</p> <p>.....</p> <p>No questionário respondeu que os factores para a tomada de decisão foram o querer ajudar casais e mulheres inférteis e a existência de participação financeira.</p> <p>Como justificação da desistência referiu o <i>“Receio de que isso me causasse algum</i></p>	<p>1.2 4.1 2.2</p> <p>5.7</p> <p>6.1</p>

<i>problema físico; oposição do namorado</i>	
SUJEITO 7	CÓDIGOS
33 anos de idade. Curso técnico profissional de Jornalismo tirado em Angola. Cozinheira numa empresa de <i>catering</i> . Boas perspectivas de evolução profissional.	2.2
Mulato, com pai da raça branca, Holandês, que conheceu aos 20 anos, embora tivesse conhecimento da sua existência. A mãe não quis manter a relação por ser branco e não haver concordância da família. Viveu com padrasto e com mãe, até aos 26 anos. Já foi visitar o pai biológico para que conhecesse os netos. Foi criada pela avó quando era pequena e refere ter tido uma infância feliz e sem problemas. Separada, com filhos de 13 anos, 10 anos e 6 meses. Todos eles foram desejados, e embora já tivesse feito IVG, não sabe se quer ter mais filhos.	1.2
Veio de Angola há 5 anos, devido a problema de saúde de um dos filhos. Separou-se do marido porque não aceita a bigamia, apesar de ser habitual em Angola. Este contribui financeiramente para o cuidado dos filhos. Apesar de algumas vicissitudes no seu percurso pessoal, revela grande capacidade de resistência emocional e superação dos problemas. Excelente relação com os filhos, capacidade de estabelecer objectivos profissionais e pessoais, bem como manifesta empenho na evolução escolar dos filhos.	4.2
Demorou cerca de 6 meses a tomar a decisão de doar. Tinha como grande motivação o desejo de proporcionar felicidade a outra mulher, em virtude de valorizar muito a maternidade. Está latente o desejo de alguma gratidão por parte da receptora, pois manifestou o desejo de poder conhecer a mulher receptora, não havendo contudo o desejo de qualquer forma de ligação após o nascimento da criança. Não desejaria conhecer o pai da criança, nem ter qualquer ligação com esta.	5.3.2 5.4
Do processo gostaria de saber se haveria gravidez e pensa que poderia vir a interrogar-se sobre as feições da criança, se seria parecida com ela.	5.5 6.3 6.4
..... Refere que os factores a influenciar a sua decisão foram o desejo de ajudar outros casais e ajudar mulheres inférteis. <i>“Ser mãe é uma dádiva, é uma felicidade incomparável. Por isso não há nada mais bonito que fazer feliz também outra mulher que não possa produzir óvulos por uma razão qualquer”</i>	
SUJEITO 8	CÓDIGOS
27 Anos. 12º ano e curso técnico de agro-pecuária. Solteira. Viveu com os pais até aos 24 anos. Sem filhos e nunca fez IVG. Teve infância sem problemas, embora considere que foi muito protegida, e que tinha grande dependência dos pais, (67 anos). Esta relação de dependência foi quebrada abruptamente, decidindo ir viver com um homem ao fim de 2 meses de relacionamento. Por contingências várias teve que voltar a viver com os pais, mas veio para Lisboa para conseguir a sua independência. Manifesta algumas dificuldades no relacionamento amoroso.	1.2 3.1
Demorou cerca de 1 mês a tomar a decisão de doar. A irmã com quem viveu era infértil e acabou por adoptar uma criança. Referiu que sempre a impressionou o sofrimento que viu nela. Embora no questionário afirme não saber se quer ter filhos, na entrevista afirmou querer tê-los, sendo ou não casada, nem que recorresse a esperma de dador ou à adopção. Não considera doação com estando ligada a filiação psicológica. Sobre o processo apenas gostaria de saber o número de óvulos produzido e se estava tudo bem com eles.	4.1 5.2 6.2
..... Refere como factores para a tomada de decisão ajudar mulheres e casais: <i>“Pelo facto de a minha irmã não poder ter filhos, pois eu via o seu sofrimento, a sua</i>	

<i>ansiedade de ter filhos e não podia. Assim como ela há muitas com vontade de ter filhos. Como dadora poderia passar de felicidade a realização a muitas mães.</i>	
SUJEITO 9	CÓDIGOS
<p>34 anos de idade. Raça negra. Angolana. 9º ano de escolaridade. Empregada em <i>market corner</i> de luxo. A sua mãe teve-a em solteira. Tem 7 irmãos (só da parte da mãe). Tem relacionamento muito bom com padrasto a quem considera pai, embora visite regularmente o pai biológico, que conheceu aos 20 anos por decisão pessoal. Veio para Portugal aos 16 anos, para tomar conta dos irmãos, que viviam com os avós, Apesar de alguns problemas na sua adolescência, por ter assumido a responsabilidade face aos irmãos e ter desistido dos seus projectos pessoais, aparenta uma boa capacidade de ultrapassar as dificuldades, embora não tenha neste momento nenhum relacionamento ao nível amoroso.</p> <p>Separada há 3 anos e sem filhos. Nunca esteve grávida ou fez IVG. Tem problemas ao nível das trompas sabendo-se que terá que recorrer a FIV para engravidar. Já esteve inscrita na MAC para tratamento, entretanto divorciou-se.</p> <p>Demorou cerca de 12 meses a tomar a decisão de ser dador. Tem como grande motivação o desejo de transmissão do seu património genético, de deixar descendência, facto muito valorizado na sua etnia, onde a linhagem é matriarcal. Referiu que se morrer neste momento a sua linhagem acaba. Também foi referido a expectativa de confirmar a sua fertilidade. Foi perceptível o desejo de transmitir a sua beleza física, tendo manifestado a fantasia de poder ver a criança.</p> <p>Foram analisadas as motivações não conscientes para a doação, e a impossibilidade da sua concretização, nomeadamente a não existência de “gratificação” de tipo afectivo, dado não ser possível conhecer a criança. Foi também esclarecida a impossibilidade de, através da doação, poder certificar-se da sua fertilidade. Sobre o processo, manifestou o desejo de saber se haveria gravidez.</p> <p>.....</p> <p>Sobre outros factores para a tomada de decisão escolheu ajudar outros casais, ajudar mulheres inférteis e querer comprovar a sua fertilidade</p> <p>Na resposta ao questionário referiu como motivação: <i>“Simplesmente ajudar”</i></p>	<p>1.2 2.2</p> <p>3.2 4.2</p> <p>5.8</p> <p>5.6 5.5 6.4</p> <p>6.3</p>
<p>SUJEITO 10</p> <p>30 anos. 10º ano e Curso de Auxiliar de acção médica. A Mãe é enfermeira e referida como sendo uma pessoa muito rígida face aos preceitos religiosos. Engravidou aos 18 anos e ficou em casa dos pais até aos 20. Só depois foi viver com marido. Engravidou novamente já em fase de separação. Viveu novamente com os pais até aos 24 anos. Tem duas filhas de 5 e 10 anos. Nunca fez IVG.</p> <p>Está separada civilmente porque marido não se empenhava do ponto de vista profissional, embora tivesse mantido boa relação com ele e o acompanhasse na sequência de problema de saúde. Vive em união de facto há 3 anos. Não quer casar com o actual companheiro porque ele é muçulmano, e ela não aceita os preceitos da religião face ao casamento. Não deseja ter filhos do actual companheiro, com quem parece estar numa relação “cómoda “ e funcional, porque tem receio que isso leve a que não aceite os filhos que tem.</p> <p>Demorou cerca de 2 meses e meio a tomar a decisão de ser dadora. Não compartilhou com o companheiro a sua decisão, apenas com uma amiga. Considera que o facto de ter tido educação religiosa não afecta a sua convicção de querer ser dadora e que não segue a religião de forma estrita. Queria ajudar outras mulheres</p> <p>Minimizava a importância da maternidade biológica e apenas manifestava interesse em saber o número de óvulos produzidos. Manifestava a crença que o sangue da mãe receptora seria mais forte e influenciaria as características físicas da criança</p> <p>.....</p> <p>Referiu apenas como factor de influência na decisão o desejo de ajudar mulheres inférteis:</p>	<p>1.2</p> <p>4.1</p> <p>7 5.3.2</p> <p>6.2</p>

<i>"Sou mãe, deve ser triste não ter filhos, que é a maior alegria das nossas vidas"</i>	
SUJEITO 11	CÓDIGOS
<p>32 de idade. Casada e com duas filhas de 13 e 4 anos. Nunca fez IVG. Revela ter deixado a escola aos 12 anos para ir trabalhar, porque os estudos não estavam a correr bem, e por querer ir trabalhar, mas tirou o 10º ano. Apesar de pouco escolarizada, é muito bem sucedida do ponto de vista profissional. Tornou-se proprietária de salão de cabeleireiro aos 19 anos. Actualmente tem dois salões e tem boa situação económica.</p>	<p>3.2 4.2</p>
<p>Pai tinha outra mulher, mas a mãe aceitava o facto porque valorizava a presença do marido em casa. Acabou por sair quando ela tinha 12 anos. Começou a trabalhar cedo, para ajudar em casa, e porque queria ser independente. Casou aos 17 com namorado que tinha desde os 14 anos porque queria ter liberdade. Acha que a mãe queria ver as filhas "arrumadas". Ficou grávida do actual marido aos 19 anos para forçar a aceitação da relação por parte da sogra, dado viverem num meio pequeno, e não ser bem aceite uma mulher divorciada. Teve depressão reactiva, na sequência de morte repentina da avó materna. É de salientar que esta avó funcionava como suporte afectivo fundamental, dado não ter uma boa relação com a sua própria mãe a quem acusa de frieza.</p>	<p>1.1 2.1</p>
<p>Não deseja ter mais filhos porque refere sentir-se já cansada de ter tido muita responsabilidade desde muito cedo. Contudo valoriza muito a maternidade e gostaria que, caso necessitasse, alguém fizesse o mesmo por ela. O marido apoia decisão e a dadora manifestou intenção de ser acompanhada por ele.</p>	<p>5.4</p>
<p>Faz uma completa separação entre aquilo que representa a doação de ovócitos e o que considera um filho: ser feito a dois, ser fecundado com os espermatozoides do marido, gerado e criado por si. Separa claramente a maternidade biológica da maternidade psicológica e não manifesta qualquer tipo de "fantasia" ou interesse, quer pelo casal receptor, como pelo resultado do processo (gravidez, possibilidade de conhecer criança, aspecto físico, etc.)</p>	<p>6.1</p>
<p>Mesmo sendo católica refere que isso não a afecta, pois pensa que a igreja deveria aceitar o processo dado tratar-se de ajudar os outros.</p>	<p>7</p>
<p>..... Refere como factores que influenciaram a sua decisão o desejo de ajudar casais e mulheres inférteis:</p>	
<p><i>"Poder dar a felicidade a outras mulheres que querem ser mães"</i></p>	
<p>Desistiu do processo porque <i>"isso implicava ter que disponibilizar muito tempo e por causa dos gastos que teria que assumir"</i></p>	

SUJEITO 12	CÓDIGOS
<p>26 anos de idade. A viver há cerca de 5 anos em Portugal. Curso de Educadora de Infância que não exerce. Nunca fez IVG e deseja ter filhos. História pessoal sem incidentes</p> <p>Vive em união de facto com companheiro cerca de 20 anos mais velho. Encontrava-se nesta fase em conflito conjugal por infidelidade do companheiro, e manifestava a intenção de se separar.</p> <p>Demorou cerca de 2 meses a tomar a decisão de ser dadora e falou com o companheiro sobre o processo. Percebeu-se que o desejo de entrar no processo estava mais relacionado com o a fase que estava a passar, de algum desânimo e desequilíbrio emocional. Tratava-se de uma necessidade de encontrar algo que pudesse trazer alguma motivação, funcionando como uma forma de “gratificação” psicológica. Estes aspectos foram clarificados com a candidata, tendo ficado acordado que adiaria a tomada de decisão durante 6 meses.</p> <p>.....</p> <p>Referiu como factores com influência na tomada de decisão: ética; ajudar outros casais, e outras mulheres e retribuição financeira.</p> <p><i>“Poder ajudar quem precisa. Consciência da importância de dar a outras pessoas a chance de ser feliz”</i></p>	<p>1.2</p> <p>4.1</p> <p>5.5</p>
SUJEITO 13	CÓDIGOS
<p>34 anos de idade. Tem um bacharelato em Administração Bancária. Viveu com ambos os pais até aos 20 anos. Tornou-se independente porque começou a trabalhar cedo. Nunca esteve grávida ou fez IVG.</p> <p>Não altura referia não querer constituir família, mas gostava de perpetuar os seus genes, querendo “transmitir vida”. Tinha muito boa relação com os sobrinhos mas o seu desejo ficava por aí. Os seus objectivos a nível profissional são incompatíveis com a maternidade. Referiu que a maternidade implicava estabelecer relação muito profunda, que afectaria os seus planos de independência, já que tem actualmente boa situação profissional. No questionário, contudo, respondeu não saber se quer ter filhos.</p> <p>Demorou cerca de 2 meses a tomar a decisão de ser dadora. Da informação sobre o processo referiu querer apenas saber o número e qualidade dos óvulos.</p> <p>.....</p> <p>Como factores com influência na sua decisão referia o ajudar outras mulheres e querer comprovar a sua fertilidade.</p> <p><i>“Ajudar quem não pode ter filhos, dando oportunidade de realizarem o sonho de ser mãe, sinto-me muito bem vendo isto acontecer”</i></p>	<p>1.2</p> <p>3.2</p> <p>5.8</p> <p>4.2</p> <p>6.2</p>

SUJEITO 14	CÓDIGOS
<p>28 anos de idade. 12º ano Incompleto. Auxiliar de lar de idosos. Casada e com duas filhas, de 4 anos e 16 meses. Nunca fez IVG. Por necessidade começou a trabalhar cedo, sendo estudante trabalhadora e com percurso escolar excelente. Boa estabilidade a nível profissional, embora refira não ser ambiciosa quanto a bens materiais.</p> <p>A sua história pessoal revela que, apesar de uma conjuntura familiar pouco propícia, dado o pai ser alcoólico. Contudo o facto não parece ter tido efeitos prejudiciais nas suas capacidades intelectuais e emocionais, embora tivesse que assumir o papel de mediadora dos conflitos característica que ainda mantém face às situações de vida. Viveu com os pais até aos 22 anos.</p> <p>Demorou cerca de 1 mês a tomar a decisão e falou com o companheiro. Tratava-se de uma situação de anonimato personalizado. Iria doar a um casal que desconhecia, primos de uma grande amiga sua. Apenas gostaria de saber se processo resultou ou não. Não se importaria que eventualmente no futuro a criança a contactasse.</p> <p>.....</p> <p>Referiu na entrevista ter como motivação para a doação poder ajudar outra mulher a ser, mãe pois pensa que todas as mulheres o deveriam ser. Isso é reafirmado na resposta que deu no questionário:</p> <p><i>“Ajudar alguém que queria tanto ter filhos e não pode”</i></p>	<p>3.2 4.2</p> <p>1.1</p> <p>6.3 6.4</p>
SUJEITO 15	CÓDIGOS
<p>A informação foi obtida pelo questionário, dado não ter realizado a entrevista porque tinha à altura mais de 35 anos.</p> <p>Tem 39 anos. Separada. Tem dois filhos. Viveu com os pais até aos 14 anos. Já fez IVG. Não falou a ninguém sobre a sua decisão embora tenha tomado conhecimentos através de amigos. Referiu com factores para a decisão ajudar outros casais e a retribuição financeira.</p> <p><i>“Porque a recompensa seria útil para mim e também poderia fazer alguém feliz”</i></p>	

SUJEITO 16	CÓDIGOS
<p>Não foi feita entrevista psicológica dado ter sido das primeiras mulheres a candidatar-se e à altura, não ser feita avaliação psicológica. A informação foi recolhida do processo e através do questionário.</p> <p>Tem actualmente 29 anos. 12º ano de escolaridade. Curso Técnico de Psicomotricidade, Trabalha em Instituição de crianças com Handicaps. Viveu com os pais até aos 21 anos. Vive em união de facto. Tem 2 filhos e já fez IVG. Na altura suspeitava-se que o único filho teria problemas ao nível do desenvolvimento.</p> <p>Tomou conhecimento do processo através da irmã e falou com amigos e companheiro. Demorou cerca de 1 mês a tomar a decisão.</p> <p>Refere como factores com influência na sua decisão, o querer ajudar outros casais e ajudar mulheres inférteis.</p> <p><i>“Pela única razão de já saber o prazer de ser mãe e pensar que um dia também poderia ter tido problemas idênticos aos das mulheres que procuram ser mães e não podem ser sem ajuda de “outros”</i></p>	
SUJEITO 17	CÓDIGOS
<p>Tem 33 anos. Bacharel em contabilidade. Profissão: Contabilista. Casada e veio acompanhado do marido. Tem filha 14 meses. Refere sempre ter sido “Maria rapaz” (tem 3 irmãos) e praticou atletismo. Impulsiva nas decisões. Casou após 1 mês de namoro, mas viveu com os pais até aos 30 anos. Nunca fez IVG. Vida actual sem problemas.</p> <p>Tomou conhecimento através da comunicação social e demorou cerca de 1 mês a tomar a decisão de doar. Refere que doar óvulos é “ir doar o que deita fora todos os meses” mas tem consciência que 50% do seu material genético andará por aí. Tinha como motivar ajudar outros casais.</p> <p>Não pretendia saber nada sobre o resultado da doação.</p> <p>.....</p> <p>Referiu como factores de motivação o ajudar casais</p> <p><i>“ Sempre acreditei na doação de órgãos para ajudar quem precisa, quando a mim não fazem falta. A doação de óvulos posso fazer em vida, fazendo um casal feliz, por ter um filho como eu tenho”</i></p>	<p>1.2 3.1 4.2</p> <p>5.3</p> <p>6.1</p>

SUJEITO 18	CÓDIGOS
<p>29 anos. 11º ano. Viveu com os pais até aos 22 anos. Casada. Nunca fez IVG tem duas filhas (3 e 6 anos). Não existem factores relevantes na sua história passada. Tem estabilidade a nível pessoal e familiar. Refere muito boa relação conjugal, e terem optado por não ter mais filhos para poderem assegurar um boa vida às filhas que têm. Decidiu ser dadora para pode ajudar outros casais, e não atribuindo nenhuma importância ou significado aos seus óvulos, não desejava saber nada sobre o processo.</p> <p>.....</p> <p>No questionário referiu como factores de motivação ajudar outros casais</p>	<p>1.2</p> <p>4.2</p> <p>5.3.1</p> <p>6.1</p>
SUJEITO 19	CÓDIGOS
<p>Idade: 29 anos. 12º ano. Ajudante de cozinha. Casada há 10 anos. Dois filhos: 11 e 9 anos. Já fez IVG</p> <p>Não se detectaram episódios traumáticos na sua história familiar, revelando boa estabilidade emocional. Viveu com os pais até aos 23 anos. Muito boa relação com pais especialmente a mãe. Tem 7 irmãs, uma delas não biológica, mas de que a mãe tomou conta. Esteve para adoptar uma criança, que viveu com ela até ter 1 mês, mas a mãe biológica desistiu</p> <p>Partilhou com o marido a sua decisão Revela boa compreensão dos aspectos envolvidos no processo, no entanto considera que doar óvulos é o mesmo que dar um filho para a adopção. No entanto manifestava a convicção que os casais que recorrem a esta técnica são adequados (financeira e psicologicamente). Encara o processo de doar óvulos como natural, daí estar convicta de não vir a ter problemas de adaptação ao processo. Não sabe se quer ter mais filhos, embora tivesse o desejo de ter uma menina. Pondera mesmo a hipótese de vir a adoptar uma criança, dado ter feito laqueação tubária ou em alternativa, fazer ligação das trompas para ter um filho do sexo feminino. Referiu com grande ênfase o desejo de poder conhecer a criança (fantasia que seja uma “menina”), para saber se era parecida com ela.</p> <p>Considerou-se que esta candidata poderia ter alguma dificuldade de adaptação ao processo, dado ter uma grande desejo de ter uma criança do sexo feminino, algo que neste momento não lhe parece fácil de realizar, e por estabelecer uma ligação entre doação de óvulos e dar um filho para adopção. Adiou-se o processo alguns meses, para que pudesse reflectir no desejo de ser mãe.</p> <p>.....</p> <p>No questionário referiu como factores com influência na sua decisão o desejo de ajudar casais inférteis.</p> <p><i>“Em primeiro lugar ajudar o próximo. Ajudar casais a terem uma família. Dar oportunidade a mulheres de dar à luz um ser tão maravilhoso. A ser mãe (ser mãe é um mito)”</i></p>	<p>1.2</p> <p>4.2</p> <p>5.5</p> <p>6.4</p>

SUJEITO 20	CÓDIGOS
<p>22 Anos. Solteira. Uma filha com 6 anos. Frequência universitária em Gestão de Saúde.</p> <p>Viveu com o pai até aos 7 anos e desde o divórcio destes vive com a mãe. Engravidou aos 16 anos e só avisou família quando era demasiado tarde para fazer IVG. Esse facto não lhe afectou a vida pois teve apoio familiar para continuar o seu percurso escolar. Ainda deseja ter mais filhos. Fala muito de toda a família principalmente a avó, mas nunca abordou a sua relação com a mãe.</p> <p>Fez doação a pessoa conhecida, e demorou cerca de 8 meses a tomar a decisão. Não manifestava qualquer preocupação face ao relacionamento futuro pois assumia que efectivamente só tinha uma filha, podendo vir a ter mais no futuro. Talvez pela sua formação na área da saúde, tinha uma visão muito pragmática dos seus óvulos, vendo-os apenas como mais uma célula.</p> <p>.....</p> <p>Refere como factor com influência na sua decisão a amizade.</p> <p><i>“Devido à dificuldade em engravidar de uma pessoa que me é muito chegada e da qual eu gosto muito.</i></p>	<p>1.2 2.2 4.2</p> <p>5.9</p>
SUJEITO 21	CÓDIGOS
<p>23 anos. Solteira. Trabalhava a num restaurante e queria tirar uma licenciatura em Relações Internacionais. Viveu com o pai até aos 9 anos, porque este abandonou a mãe. Começou a trabalhar muito cedo e viveu com a mãe até aos 23 anos.</p> <p>Nunca fez IVG nem tem filhos, embora os deseje ter. Demorou cerca de 1 mes a tomar a decisão de doar, tendo como motivação para a doação a existência de compensação financeira, destinando-se a ajudar a custear a faculdade. Não tinha porém problemas económicos, sendo independente financeiramente. Tomou conhecimento através de amiga que tinha doado. Não falou a ninguém na sua decisão. Desistiu logo no início da entrevista, após termos abordado aspectos relacionados com as implicações psicológicas do processo.</p> <p>.....</p> <p>Tendo como uma motivação o factor financeiro acabou por desistir, justificando no questionário:</p> <p><i>“Porque não me sentiria feliz em saber que colaborei para colocar uma criança no mundo (um filho meu) e nunca seria mãe dele, o dinheiro nesse contexto deixa de ter importância, os meus valores estão acima de tudo”.</i></p>	<p>1.1 2.1 3.2</p> <p>5.7 4.2</p>

SUJEITO 22	CÓDIGOS
<p>34 anos de idade. 12ºano. Viveu com o pai até aos 2 anos e com a mãe até aos 20 anos. Depois foi viver sozinha. É mãe solteira de uma filha, que está só a seu cargo. Nunca fez IVG. Não deseja ter mais filhos.</p> <p>Tomou conhecimento do processo através da comunicação social, e demorou cerca de 2 ou 3 meses a tomar a decisão e falou nela a amigos e família. Alguma falta de suporte social. A sua motivação era essencialmente financeira. Não encarava os óvulos como sendo um potencial filho e não desejava saber nada do processo.</p> <p>.....</p> <p>Referiu como factor de influência na sua decisão o desejo de ajudar mulheres inférteis e a participação financeira..</p>	<p>1.2 3.2 2.2 4.1 5.7 6.1</p>
SUJEITO 23	CÓDIGOS
<p>25 anos de idade. Solteira. Frequência da Licenciatura em Turismo. Mãe é professora e pai é quadro na área do ambiente. Irmãos licenciados, mas ela não terminou licenciatura pois não tinha muito interesse. Empregada na restauração. Nunca fez IVG e deseja ter 2 ou 3 filhos. Não mostra grandes ambições a nível pessoal, embora manifeste agora o desejo de voltar a estudar.</p> <p>A história da sua vida revela que é uma pessoa estável a nível emocional, e com capacidade de ultrapassar vicissitudes, pois tem episódio de luto em tempos recentes. Tratou-se da morte por doença de uma criança de 5 anos, de quem gostavam muito. Era filha de uma vizinha mas teria mesmo um quarto na casa paterna. Nessa altura terminou relação de 5 anos, pois o namorado não entendia a dor que sentiam pela morte da criança, dado não ser da família. Viveu com os pais até aos 23 anos.</p> <p>Tomou conhecimento do processo após ter visto programa sobre barrigas de aluguer e ter comentado o assunto amiga que tinha feito doação e que a informou sobre a doação de ovócitos. Não mostra impulsividade na tomada de decisões, antes revela uma personalidade algo passiva e dependente dos pais, Demorou cerca de 2 meses a tomar a decisão de doar e partilhou-a com a família. Profundamente religiosa mas refere que o processo não entra em contradição com as suas crenças. Tinha como desejo ajudar os outros.</p> <p>Sobre o processo apenas deseja saber o número de óvulos colhidos.</p> <p>.....</p> <p>Referiu como factores com influência na sua decisão o desejo de ajudar mulheres inférteis.</p> <p><i>“Acho que com isso consegui dar alegria às pessoas que não podem gerar uma criança. Gosto sempre de ajudar a pessoas quando posso”</i></p>	<p>1.2 4.2 3.1 7 5.3 6.1</p>

SUJEITO 24	CÓDIGOS
<p>Com 22 anos e solteira. Frequentava o 3º ano de Ciências da Comunicação. História familiar sem perturbação. Viveu com o pai até aos 10 anos e vive com mãe, padrasto e meios-irmãos. Mãe teve último filho há pouco tempo. Idealiza maternidade como estado de plenitude. Manifesta o desejo de ser importante na vida dos outros. O seu projecto de vida é ser mãe, sendo que o projecto profissional se subordina a esse desejo. Fez questão de esclarecer que a idealização da maternidade se centrava mais na possibilidade de gerar vida a partir de uma gravidez, do que na transmissão de material.</p>	<p>1.2 2.2 5.4 4.2</p>
<p>Tratava-se de uma doação uma pessoa conhecida, com fortes ligações à família e que vive há muitos anos nos EUA. Embora relativamente nova, revelou uma boa capacidade intelectual e de análise pormenorizada dos assuntos, nomeadamente questionando e discutindo questões de índole ética ligados ao processo.</p>	<p>5.9</p>
<p>Foi debatida a situação da relação futura com a criança, mostrando a algumas dúvidas sobre como actuar, dado referir não ter “ferramentas conceptuais” que lhe permitissem saber como agir, sendo a única situação que a preocupava. Contudo, manteve-se firme na sua decisão, apesar de ter consciência da impossibilidade de previsão do grau de adaptação futura dos envolvidos. DE forma paralela foi capaz de interiorizar algumas das motivações não conscientes presentes na sua decisão, como o desejo de ser importante na vida dos outros. Considerava-se como aspecto facilitador a distância geográfica a que vive o casal receptor e a demonstrada estabilidade emocional, que lhe permitia adaptar-se sem vicissitudes a eventuais dificuldades.</p>	<p>5.5</p>
<p>.....</p>	
<p>No questionário referiu como factor de motivação a amizade e ajudar mulheres inférteis:</p> <p><i>“O caso pessoal da receptora e a afeição quase familiar que me liga a ela. A noção de que tem todas as qualidades dignas de a tornar mãe. Se calhar até uma ideia de tentar remediar uma espécie de injustiça do universo. Dar algo que posso dar a alguém de quem gosto muito e que o merece”</i></p>	

SUJEITO 25	CÓDIGOS
<p>34 anos de idade. Bacharelato em administração de empresas. Solteira. Nunca engravidou. Esta mulher revelava uma história pessoal sem episódios traumáticos significativos. Tinha quatro irmãos e uma forte ligação familiar que ainda se mantém. A independência e maturidade foram alcançadas muito tarde dado ter vivido com os pais até aos 32 anos. A causa que aponta é ter tido uma educação religiosa muito austera quanto a relacionamentos e divertimentos e por esse motivo houve grande investimento nos estudos apesar de algumas dificuldades económicas da família.</p>	<p>1.2 3.1</p>
<p>Tem boa estabilidade e projectos profissionais definidos, Do ponto de vista amoroso tem um namorado de quem afirma gostar muito porque se preocupa muito com ela, e nesta fase da vida começar a reflectir sobre aspectos relacionados com a idade para ter filhos. Daí que manifestasse muita preocupação face a possíveis riscos do processo. Não nos apercebemos de motivações ocultas relacionadas com a dúvida face à sua fertilidade.</p>	<p>4.2</p>
<p>Apesar das crenças religiosas que tem, não manifesta qualquer preocupação de índole ética ou moral. Demorou cerca de 2 meses a tomar a decisão de doar e falou com amigos e família . Queria simplesmente ajudar os outros.</p>	<p>7 5.3.</p>
<p>Apenas gostaria de receber informação sobre os ovócitos doados, (número e qualidade).</p> <p>.....</p>	<p>6.2</p>
<p>Escolheu como opções de influência na decisão ajudar outros casais e ajudar mulheres inférteis:</p> <p><i>“Para ajudar os casais a realizarem o desejo de serem pais”</i></p> <p>Referiu ter desistido porque <i>“Acho complicado o facto de ter que preparar o meu corpo para que haja maior produção de óvulos, com doses de hormonas”</i>.</p>	

SUJEITO 26	CÓDIGOS
<p>23 anos de idade. 2 Meios-irmãos e 2 meias-irmãs. Estudante universitária. Mostrava grande ambição quanto a futuro profissional. Fez IVG aos 22 anos. Iniciou vida sexual aos 19 anos com o namorado actual com quem refere ter namoro estável. Usa pílula e preservativo mas engravidou a tomar a pílula.</p> <p>Pai abandonou família quando tinha 1 ano e meio e voltou a aparecer quando tinha 7 anos. Nessa altura já vivia com padrasto Não conhece os motivos da separação. Sempre teve o padrasto como figura parental e “cimento” familiar, contudo este abandonou a família há cerca de 2 anos. Refere que mãe e irmã têm visão limitada do mundo e que a sua mãe não manifesta preocupação com ela, não a incentivando a estudar, contudo o apoio financeiro dos pais depende dos resultados escolares que tem. Refere que abandono do pai lhe custa por ter deixado de apoiar financeiramente enquanto o abandono do padrasto pelo facto de sentir falta do apoio emocional.</p> <p>Diz que em pequena queria ser estéril. Não quer ter filhos para não passarem o que passou. Viu reportagem sobre a doação. A sua motivação principal era querer fazer exames ginecológicos, para confirmar se está tudo bem, pois depois da IVG ainda não tinha feito exames. Também se percebia na altura que tinha como objectivo confirmar a sua fertilidade.</p> <p>Demorou cerca de 2 a 3 meses a tomar a decisão, tendo falado com o namorado e família. Apresentava sinais de depressão, bem como sintomas de stress (palpitações, arritmias, enxaqueca, cólicas abdominais, insónia e anorexia). Refere história passada de depressão major há cerca de 8 anos (4 meses de cama, sem comer e com crises de choro). Adiou-se o processo e acabou por desistir.</p> <p>.....</p> <p>Referiu como factores de tomada com influência na tomada de decisão o ajudar mulheres inférteis, querer transmitir a sua herança genética, e a comparticipação financeira.</p> <p><i>“Decidi ponderadamente ser útil na busca do preenchimento da felicidade de alguém que pretende prolongar-se através da maternidade, algo que pessoalmente não pretendo e não obstante, devido retribuição financeira”</i></p>	<p>1.2</p> <p>2.1</p> <p>5.5 5.6</p> <p>4.1</p>
SUJEITO 27	CÓDIGOS
<p>45 anos de idade. Divorciada há 10 meses. Tem irmão esquizofrénico. Viveu de forma intermitente com os pais e em colégio interno, porque pais eram emigrantes. Viveu 12 anos com companheiro toxicodependente. Teve gravidezes seguidas de IVG: aos 15, 26 e 29 anos. A sua motivação para a doação era confirmar a sua fertilidade. Foi informada que a sua idade não lhe permitiria ser dadora e que o processo não permitiria aferir da sua fertilidade.</p> <p>.....</p> <p>Referiu como factores de decisão ajudar mulheres inférteis, querer transmitir a sua herança genética, e diz ainda: <i>“Derivado à minha idade e não ter tido filhos era uma maneira de me sentir feliz e de dar felicidade a outros. Sempre desejei um filho mas não tinha a estabilidade suficiente para os ter. Quando tive mais condições nunca fiquei; Claro que quando me separei já tinha 45 anos. Quando ouvi na TV não pensei duas vezes, era uma forma de dar felicidade e dar um pouco de mim a alguém. Não consegui... Fiquei muito triste mas aceitei as razões que me deram”</i></p>	<p>1.1</p> <p>5.6</p>

SUJEITO 28	CÓDIGOS
<p>22 anos. Solteira. 12º ano. Empregada comercial. Viveu com os pais até aos 19 anos. Nunca fez IVG e não tem filho. Viveu em união de facto durante 1 ano e 8 meses. Separou-se há cerca de 1 mês, devido a duas situações de maus-tratos por motivos de ciúmes.</p> <p>A candidata embora sendo nova, revela bastante maturidade, que se deve a uma história pessoal de algumas dificuldades familiares que a obrigaram a trabalhar cedo e autonomizar-se. Embora com uma infância e juventude difíceis, mostra ter capacidade de adaptação e resolução dos problemas, sem revelar qualquer tipo de tendências depressivas. O pai era alcoólico, mas a quem reconhece não ter nenhuma influência na sua vida, e nunca a ter maltratado, ao contrário do que fazia à mãe e irmãs. A mãe é a personagem que admira pela capacidade que teve de se impor ao marido para proporcionar melhor vida aos filhos.</p> <p>Sobre ter filhos, refere não desejar, ou melhor pensa que o projecto de maternidade não tem muito a ver com ela. No entanto não manifesta dúvidas face à sua fertilidade.</p> <p>Tem como motivação ajudar outros casais porque acompanhou de perto a situação de uma familiar infértil. Outra das motivações é a comparticipação financeira, pois está a juntar dinheiro para tirar a carta de condução.</p> <p>Demorou cerca de 1 mês a tomar a decisão de ser dadora tendo falado com amigos. Não deseja saber nada sobre o resultado do processo. Referiu como factores de tomada de decisão: ajudar mulheres inférteis e a comparticipação financeira, para dar à mãe.</p> <p><i>“Tenho uma prima que tem problemas em ter filhos e vejo o seu sofrimento, por isso decidi. A ajuda financeira também contou muito”</i></p>	<p>4.1</p> <p>1.1</p> <p>3.2</p> <p>5.3.1</p> <p>5.2</p> <p>5.7</p> <p>6.1</p>
SUJEITO 29	CÓDIGOS
<p>Irmã do sujeito 25. 33 Anos. 12º Ano. Viveu com os pais até aos 29 anos. Nunca fez IVG e pretende ter filhos, embora só recentemente tenha namorado. A história familiar é semelhante, referindo a boa infância que teve. Refere ter iniciado a vida sexual muito tarde (cerca dos 30 anos) devido à educação religiosa que teve. Quando fez a entrevista ainda não tinha tomado a decisão de doar, mas partilhou essa vontade com a família e amigos. Revelava grande ambivalência face a ter ou não filhos. Não percebia bem qual era a sua motivação para a doação, mas parece-nos que se ligava a aspectos relacionados com a confirmação da sua fertilidade. Revelava alguma inibição intelectual e afectiva.</p> <p>Isto porque, referiu gostar de saber o número de óvulos colhidos e se tinha havido gravidez.</p> <p>Referiu a preocupação de possíveis descendentes se virem a cruzar no futuro.</p> <p>.....</p> <p>Como factor com influência na tomada de decisão escolheu a amizade. Ficou de reflectir na sua decisão mas acabou por desistir:</p> <p><i>“Depois de ter analisado a situação, penso que futuramente não iria estar bem com a ideia de ter uma criança como meus traços genéticos”</i></p>	<p>1.2</p> <p>3.1</p> <p>5.6</p> <p>6.2</p> <p>6.3</p>

SUJEITO 32	CÓDIGOS
<p>Na altura tinha 25 anos, possui o 8º ano e é auxiliar de acção médica. Tinha um filho de 3 anos, e deseja ter mais filhos. Já fez IVG. Estava em fase de separação conjugal e acabou por se divorciar. Não tem companheiro actualmente.</p> <p>Foi abandonada pelo pai aos 18 dias. Tinha relação muito forte com mãe até aos 12 anos. Com vinda do padrasto passou a ter problemas por não aceitar a sua autoridade. Tem 3 meios-irmãos. Refere que a mãe lhe batia quando falava em ir ver pai. Infância e adolescência com dificuldades. Passou a viver com tios com quem tem boa relação e não sentiu falta dos pais. É independente desde os 17 anos e para isso deixou de estudar cedo.</p> <p>Não partilhou com companheiro a decisão da doação. Apesar de mãe não ser já a confidente contou-lhe a decisão de doar (talvez para chocar?) Refere que todas as mulheres da família dizem o que pensam – agridem verbalmente.</p> <p>Tomou conhecimento do processo na comunicação social e só falou com amigos. Demorou cerca de 3 meses a tomar a decisão. Referiu como factores de motivação querer ajudar mulheres, e a comparticipação financeira, embora tivesse na altura dois empregos. Da nossa parte pareceu-nos mais que se tratava de um acto de afirmação pessoal, dado ter tomado conhecimento de críticas ao processo através da comunicação social.</p> <p>.....</p> <p>Referiu como factores com influência na decisão o querer ajudar mulheres inférteis e a comparticipação financeira.</p> <p><i>“Para poder ajudar quem não pode ter filhos e por questões financeiras”</i></p> <p>Desistiu do processo <i>“Porque comecei a imaginar como seria ter uma parte de mim sem saber onde, porque seria sempre uma parte de mim”</i></p>	<p>4.1</p> <p>1.1</p> <p>2.1</p> <p>3.2</p> <p>5.7</p> <p>5.3.2</p> <p>5.5</p>
SUJEITO 33	CÓDIGOS
<p>Tinha 29 anos. 12º ano. Contabilista. Casada e com uma filha. Já fez IVG. Quer ter mais filhos. Boa situação profissional e familiar, embora tivesse superado uma crise conjugal por infidelidade do marido.</p> <p>Viveu com o pai até aos 12 anos e com a mãe até aos 21 anos. Mãe abandonou o pai por causa dos maus-tratos que infligia à família, devido a alcoolismo. Esse factor não influenciou a situação familiar, dado a mãe ter empresa própria e sempre ter assegurado financeiramente a família. Essa separação foi vista como o alívio. Iria doar a pessoa conhecida de quem era muito amiga, e falou com o companheiro, tendo demorado cerca de 2 meses a tomar a decisão de doar. .</p> <p>.....</p> <p>Referiu como motivo para a doação a amizade.</p> <p><i>“Ajudar um sonho a tornar-se realidade e acreditar nas minhas ideias, na minha forma de pensar sobre este assunto. Podemos ajudar sem nos prejudicarmos e sem pedir nada em troca”</i></p>	<p>4.2</p> <p>1.1</p> <p>2.2</p> <p>5.9</p>

SUJEITO 34	CÓDIGOS
<p>29 anos de idade. Tem o 8º Ano. Auxiliar de acção médica. Actualmente separada. Tinha filho com 9 anos. Engravidou a tomar a pílula. Nunca fez IVG. Estava em situação de divórcio por adultério do marido. Tem 4 irmãos. Pai abandonou a família quando tinha 10 anos. Assumiu tarefa de cuidar dos irmãos e da casa, para mãe poder trabalhar. Viveu com esta até aos 18 anos.</p> <p>Refere não querer ter mais filhos por dificuldades financeiras mas percebe-se que não é esta a questão fundamental. Tomou conhecimento do processo na comunicação social e demorou cerca de 4 meses a tomar a decisão, tendo falado com amigos e colegas de trabalho.</p> <p>Grande descontrolo emocional durante a entrevista. Não se percebia a sua motivação, pois tinha dois empregos e tinha ficado com a casa, mas não se percebia a existência de empatia face a casais inférteis. Foi desaconselhada de prosseguir o processo nesta fase da vida e voltar mais tarde se mantivesse a decisão. Acabou por desistir.</p> <p>.....</p> <p>Como factor para a tomada de decisão referiu no questionário, querer ajudar outros casais:</p> <p><i>“Acho tremendamente injusto nem toda a gente conseguir ter filhos. Gosto de saber e experimentar coisas fora do comum e entusiasmei-me a ideia do projecto em si, principalmente a sua finalidade”</i></p> <p>Explica a desistência dizendo: <i>“O facto de não me sentir esclarecida na íntegra.. Temos que tomar as injeções pelos nossos próprios meios e no dia da doação, parece que é chegar, doar e andar. Não me agradou”</i></p>	<p>1.1 4.1 2.1 3.2</p>
SUJEITO 35	CÓDIGOS
<p>Não foi feita entrevista pelo que a informação foi recolhida do questionário.</p> <p>31 anos. 9º ano. Empregada em loja de roupa de criança. Viveu com pais até aos 24 anos. Está divorciada e tem um filho. Nunca fez IVG. Demorou cerca de 1 mês a tomar a decisão e falou com amigos.</p> <p>Escolheu como factores de influência ajudar outros casais, ajudar mulheres inférteis e a participação financeira.</p>	

SUJEITO 36	CÓDIGOS
<p>Idade 32 anos. Possuía o 2º ano de Arquitectura, tendo desistido. Desenhadora de AutoCad. Solteira. Viveu com os pais até aos 27 anos. Fez IVG aos 22 anos. Não sabe se quer ter filhos no futuro.</p> <p>Pouco motivada no que se refere a projectos pessoais e profissionais. Refere sofrer de Síndrome Pré-Menstrual acentuado, mas pareceu-nos antes tratar-se ter uma personalidade depressiva. Contudo tinha estabilidade ao nível profissional e pessoal, embora sem relacionamento amoroso na altura.</p> <p>Tomou conhecimento do processo na comunicação social e demorou cerca de 12 meses a tomar a decisão. Falou só com a família.</p> <p>Referia como motivação o querer ajudar outros casais. Manifestando ambivalência face à ideia de ter filhos, não nos parecia que tivesse interrogações acerca da sua fertilidade.</p> <p>.....</p> <p>Como factores na tomada de decisão escolheu “ <i>financeiros e poder ajudar um casal infértil</i>”.</p>	<p>1.2</p> <p>4.2</p> <p>5.3</p>
SUJEITO 37	CÓDIGOS
<p>26 anos. Tem o 10º ano. Trabalha em empresa de informática e actualmente com boas perspectivas de progressão e sucesso na carreira. Viveu com o pai até aos 7 anos e com a mãe até aos 19 anos. Teve padrasto até aos 15 anos. Pai arranhou outra mulher e saiu de casa. É o único episódio que refere ter sido desagradável na sua vida, embora não tivesse implicações do ponto de vista financeiro. Teve família muito liberal e refere ter tido muita liberdade desde cedo. Começou a trabalhar aos 16 anos. Juntou-se aos 17 anos e foi mãe aos 18 anos, porque não fazia nada para não engravidar. Separou-se aos 20 e tem namorado há 5 anos. Refere que a filha é muito independente porque a educou para isso.</p> <p>Já fez IVG e não sabe se quer ter mais filhos, porque isso tem implicações na sua carreira. Tem namoro estável, com homem cerca de 17 anos mais velho, mas não pretende assumir outra forma de relação, e reconhece a importância de que ele não a pressionar para isso.</p> <p>Demorou cerca de 1 mês tomar a decisão de doar e falou com família, amigos e namorado, que a acompanhou à entrevista.</p> <p>A sua motivação é simplesmente ajudar os outros.</p> <p>Deseja saber se processo teve sucesso, ou melhor, se a gravidez foi até ao fim, o que pode estar relacionado com a sua assertividade e desejo de controlo das situações.</p> <p>.....</p> <p>Escolheu como factores de tomada de decisão a ética e ajudar o casais inférteis.</p> <p>“<i>Para dar a oportunidade a outras mulheres, e casais, de poderem ter experiência mais enriquecedora e gratificante que se pode ter na vida</i>”</p>	<p>1.2</p> <p>2.2</p> <p>3.2</p> <p>4.2</p> <p>5.3</p> <p>6.3</p>

8. Perfil do NEO-PI-R

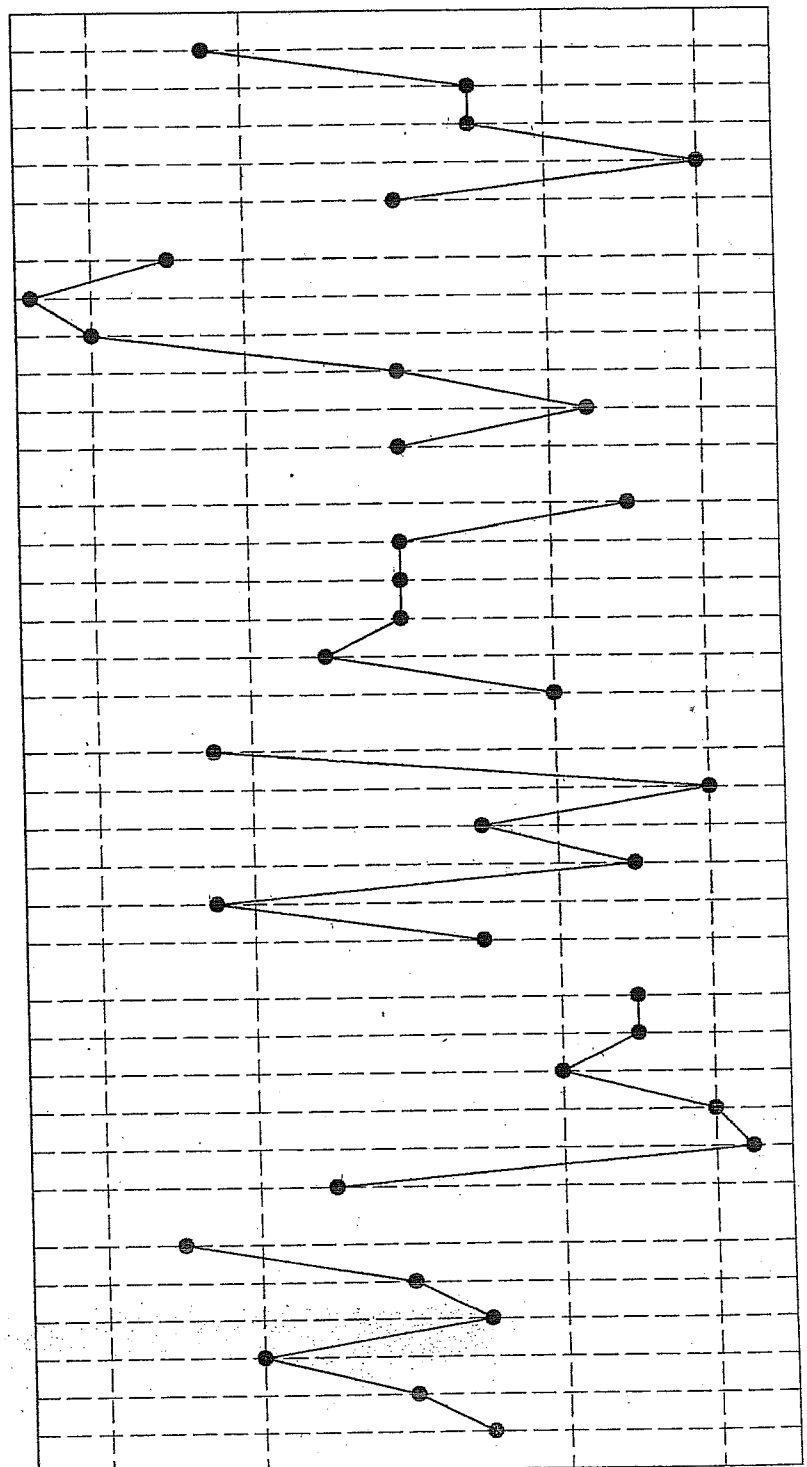
DADOS PESSOAISNome: 1 Idade: 0 Sexo: F

Escolaridade: _____ Profissão: _____

Data: _____ Grupo Normativo: Adulto F**PERFIL GRÁFICO**

		PD	P
Neuroticismo	N.	85	25
Extroversão	E.	107	60
Abertura a Experiência	O.	111	60
Amabilidade	A.	141	90
Conscienciosidade	C.	117	50
Ansiedade	N1	17	20
Hostilidade	N2	7	2
Depressão	N3	11	10
Auto-consciência	N4	17	50
Impulsividade	N5	19	75
Vulnerabilidade	N6	14	50
Acolhimento Caloroso	E1	25	80
Gregariedade	E2	16	50
Assertividade	E3	13	50
Actividade	E4	17	50
Procura de Excitação	E5	16	40
Emoções Positivas	E6	20	70
Fantasia	O1	14	25
Estética	O2	26	90
Sentimentos	O3	20	60
Acções	O4	20	80
Ideias	O5	13	25
Valores	O6	18	60
Confiança	A1	22	80
Rectidão	A2	23	80
Altruísmo	A3	24	70
Complacência	A4	25	90
Modéstia	A5	26	95
Sensibilidade	A6	21	40
Competência	C1	17	20
Ordem	C2	19	50
Dever	C3	24	60
Esforço de Realização	C4	18	30
Auto-Disciplina	C5	19	50
Deliberação	C6	20	60
Aquiescência	AQ	106	
Negações	NE	62	
Respostas em branco	RB	0	

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100



P - Percentis

PD - Pontuação directa

9. Testes *T-Student* da amostra total

Viveu c/ pai

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	3	8.1	8.3	8.3
2	1	2.7	2.8	11.1
6	1	2.7	2.8	13.9
7	2	5.4	5.6	19.4
9	1	2.7	2.8	22.2
10	2	5.4	5.6	27.8
12	2	5.4	5.6	33.3
14	1	2.7	2.8	36.1
16	1	2.7	2.8	38.9
19	1	2.7	2.8	41.7
20	2	5.4	5.6	47.2
21	3	8.1	8.3	55.6
22	3	8.1	8.3	63.9
23	3	8.1	8.3	72.2
24	4	10.8	11.1	83.3
26	1	2.7	2.8	86.1
27	1	2.7	2.8	88.9
29	2	5.4	5.6	94.4
30	1	2.7	2.8	97.2
32	1	2.7	2.8	100.0
Total	36	97.3	100.0	
Missing System	1	2.7		
Total	37	100.0		

Viveu c/ mãe

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 14	1	2.7	2.8	2.8
16	1	2.7	2.8	5.6
18	1	2.7	2.8	8.3
19	3	8.1	8.3	16.7
20	5	13.5	13.9	30.6
21	4	10.8	11.1	41.7
22	4	10.8	11.1	52.8
23	2	5.4	5.6	58.3
24	5	13.5	13.9	72.2
25	1	2.7	2.8	75.0
26	3	8.1	8.3	83.3
27	2	5.4	5.6	88.9
29	2	5.4	5.6	94.4
30	1	2.7	2.8	97.2
32	1	2.7	2.8	100.0
Total	36	97.3	100.0	
Missing System	1	2.7		
Total	37	100.0		

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
N_a	37	89.51	24.280	3.992

One-Sample Test

	Test Value = 98.7					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
N_a	-2.301	36	.027	-9.186	-17.28	-1.09

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
N1_a	37	18.54	4.759	.782

One-Sample Test

	Test Value = 20.3					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
N1_a	-2.249	36	.031	-1.759	-3.35	-.17

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
N2_a	37	12.86	5.255	.864

One-Sample Test

	Test Value = 14.9					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
N2_a	-2.355	36	.024	-2.035	-3.79	-.28

17

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
N3_a	37	14.16	5.951	.978

One-Sample Test

	Test Value = 16.9					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
N3_a	-2.798	36	.008	-2.738	-4.72	-.75

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
N4_a	37	15.38	5.177	.851

One-Sample Test

	Test Value = 16.7					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
N4_a	-1.553	36	.129	-1.322	-3.05	.40

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
N5_a	37	17.32	4.619	.759

One-Sample Test

	Test Value = 15.8					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
N5_a	2.007	36	.052	1.524	-.02	3.06

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
N6_a	37	11.24	4.974	.818

One-Sample Test

	Test Value = 13.7					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
N6_a	-3.004	36	.005	-2.457	-4.12	-.80

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
E_a	37	118.14	14.629	2.405

One-Sample Test

	Test Value = 103.3					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
E_a	6.168	36	.000	14.835	9.96	19.71

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
E1_a	37	22.89	3.389	.557

One-Sample Test

	Test Value = 21.8					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
E1_a	1.960	36	.058	1.092	-.04	2.22

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
E2_a	37	19.11	4.496	.739

One-Sample Test

	Test Value = 16.5					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
E2_a	3.529	36	.001	2.608	1.11	4.11

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
E3_a	37	16.05	4.096	.673

One-Sample Test

	Test Value = 13.2					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
E3_a	4.239	36	.000	2.854	1.49	4.22

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
E4_a	37	18.51	3.033	.499

One-Sample Test

	Test Value = 16.9					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
E4_a	3.236	36	.003	1.614	.60	2.62

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
E5_a	37	19.92	3.869	.636

One-Sample Test

	Test Value = 16.6					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
E5_a	5.219	36	.000	3.319	2.03	4.61

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
E6_a	37	21.65	4.091	.673

One-Sample Test

	Test Value = 18.1					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
E6_a	5.277	36	.000	3.549	2.18	4.91

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
O_a	37	121.14	16.023	2.634

One-Sample Test

Test Value = 106.7						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
O_a	5.480	36	.000	14.435	9.09	19.78

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
O1_a	37	19.46	4.032	.663

One-Sample Test

Test Value = 17						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
O1_a	3.711	36	.001	2.459	1.12	3.80

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
O2_a	37	23.03	3.555	.584

One-Sample Test

Test Value = 20.3						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
O2_a	4.666	36	.000	2.727	1.54	3.91

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
O3_a	37	20.70	4.202	.691

One-Sample Test

Test Value = 19.3						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
O3_a	2.030	36	.050	1.403	.00	2.80

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
O4_a	37	18.32	2.916	.479

One-Sample Test

	Test Value = 16.2					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
O4_a	4.431	36	.000	2.124	1.15	3.10

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
O5_a	37	19.68	5.323	.875

One-Sample Test

	Test Value = 16.3					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
O5_a	3.857	36	.000	3.376	1.60	5.15

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
O6_a	37	19.95	3.696	.608

One-Sample Test

	Test Value = 17.5					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
O6_a	4.025	36	.000	2.446	1.21	3.68

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
A_a	37	119.05	13.711	2.254

One-Sample Test

	Test Value = 121.8					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
A_a	-1.218	36	.231	-2.746	-7.32	1.83

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
A1_a	37	18.24	4.003	.658

One-Sample Test

	Test Value = 18.5					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
A1_a	-.390	36	.699	-.257	-1.59	1.08

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
A2_a	37	19.46	3.997	.657

One-Sample Test

	Test Value = 19.5					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
A2_a	-.062	36	.951	-.041	-1.37	1.29

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
A3_a	37	24.16	3.069	.505

One-Sample Test

	Test Value = 22.3					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
A3_a	3.691	36	.001	1.862	.84	2.89

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
A4_a	37	17.08	4.468	.735

One-Sample Test

	Test Value = 19.3					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
A4_a	-3.021	36	.005	-2.219	-3.71	-.73

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
A5_a	37	19.78	4.917	.808

One-Sample Test

	Test Value = 20.5					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
A5_a	-.886	36	.381	-.716	-2.36	.92

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
A6_a	37	20.32	3.816	.627

One-Sample Test

	Test Value = 21.5					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
A6_a	-1.874	36	.069	-1.176	-2.45	.10

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
C_a	37	125.22	20.863	3.430

One-Sample Test

	Test Value = 120					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
C_a	1.521	36	.137	5.216	-1.74	12.17

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
C1_a	37	21.89	4.026	.662

One-Sample Test

	Test Value = 19.7					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
C1_a	3.312	36	.002	2.192	.85	3.53

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
C2_a	37	19.19	4.563	.750

One-Sample Test

	Test Value = 19.4					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
C2_a	-.281	36	.780	-.211	-1.73	1.31

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
C3_a	37	24.05	3.741	.615

One-Sample Test

	Test Value = 23.2					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
C3_a	1.389	36	.173	.854	-.39	2.10

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
C4_a	37	21.11	3.886	.639

One-Sample Test

	Test Value = 19.7					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
C4_a	2.204	36	.034	1.408	.11	2.70

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
C5_a	37	21.24	4.997	.821

One-Sample Test

	Test Value = 19.2					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
C5_a	2.487	36	.018	2.043	.38	3.71

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
d_a	37	17.73	5.311	.873

One-Sample Test

	Test Value = 18.4					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
d_a	-.768	36	.448	-.670	-2.44	1.10

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
N_a	34	89.68	24.912	4.272

10. Testes *T-Student* da amostra reduzida

One-Sample Test

Test Value = 98.7						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
N_a	-2.112	33	.042	-9.024	-17.72	-.33

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
N1_a	34	18.59	4.967	.852

One-Sample Test

Test Value = 20.3						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
N1_a	-2.009	33	.053	-1.712	-3.44	.02

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
N2_a	34	12.88	5.256	.901

One-Sample Test

Test Value = 14.9						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
N2_a	-2.238	33	.032	-2.018	-3.85	-.18

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
N3_a	34	14.41	5.919	1.015

One-Sample Test

Test Value = 16.9						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
N3_a	-2.451	33	.020	-2.488	-4.55	-.42

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
N4_a	34	15.47	5.299	.909

One-Sample Test

	Test Value = 16.7					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
N4_a	-1.353	33	.185	-1.229	-3.08	.62

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
N5_a	34	17.21	4.715	.809

One-Sample Test

	Test Value = 15.8					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
N5_a	1.739	33	.091	1.406	-.24	3.05

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
N6_a	34	11.12	5.139	.881

One-Sample Test

	Test Value = 13.7					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
N6_a	-2.930	33	.006	-2.582	-4.38	-.79

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
E_a	34	117.71	15.129	2.595

One-Sample Test

	Test Value = 103.3					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
E_a	5.552	33	.000	14.406	9.13	19.68

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
E1_a	34	22.82	3.477	.596

One-Sample Test

	Test Value = 21.8					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
E1_a	1.716	33	.095	1.024	-.19	2.24

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
E2_a	34	18.85	4.587	.787

One-Sample Test

	Test Value = 16.5					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
E2_a	2.991	33	.005	2.353	.75	3.95

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
E3_a	34	16.00	4.171	.715

One-Sample Test

	Test Value = 13.2					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
E3_a	3.915	33	.000	2.800	1.34	4.26

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
E4_a	34	18.53	3.107	.533

One-Sample Test

	Test Value = 16.9					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
E4_a	3.058	33	.004	1.629	.55	2.71

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
E5_a	34	19.82	4.004	.687

One-Sample Test

	Test Value = 16.6					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
E5_a	4.695	33	.000	3.224	1.83	4.62

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
E6_a	34	21.68	4.262	.731

One-Sample Test

	Test Value = 18.1					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
E6_a	4.893	33	.000	3.576	2.09	5.06

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
O_a	34	121.18	15.741	2.700

One-Sample Test

	Test Value = 106.7					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
O_a	5.362	33	.000	14.476	8.98	19.97

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
O1_a	34	19.38	4.075	.699

One-Sample Test

	Test Value = 17					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
O1_a	3.409	33	.002	2.382	.96	3.80

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
O2_a	34	23.18	3.622	.621

One-Sample Test

	Test Value = 20.3					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
O2_a	4.631	33	.000	2.876	1.61	4.14

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
O3_a	34	20.59	4.342	.745

One-Sample Test

	Test Value = 19.3					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
O3_a	1.730	33	.093	1.288	-.23	2.80

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
O4_a	34	18.53	2.477	.425

One-Sample Test

	Test Value = 16.2					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
O4_a	5.484	33	.000	2.329	1.47	3.19

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
O5_a	34	19.59	5.349	.917

One-Sample Test

	Test Value = 16.3					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
O5_a	3.584	33	.001	3.288	1.42	5.15

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
O6_a	34	19.91	3.655	.627

One-Sample Test

	Test Value = 17.5					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
O6_a	3.848	33	.001	2.412	1.14	3.69

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
A_a	34	119.24	14.185	2.433

One-Sample Test

	Test Value = 121.8					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
A_a	-1.054	33	.299	-2.565	-7.51	2.38

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
A1_a	34	18.06	4.082	.700

One-Sample Test

	Test Value = 18.5					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
A1_a	-.630	33	.533	-.441	-1.87	.98

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
A2_a	34	19.65	4.104	.704

One-Sample Test

	Test Value = 19.5					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
A2_a	.209	33	.836	.147	-1.28	1.58

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
A3_a	34	24.38	3.085	.529

One-Sample Test

	Test Value = 22.3					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
A3_a	3.936	33	.000	2.082	1.01	3.16

T-Test

One-Sample Test

	Test Value = 120					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
C_a	1.296	33	.204	4.529	-2.58	11.64

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
C1_a	34	21.76	4.171	.715

One-Sample Test

	Test Value = 19.7					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
C1_a	2.886	33	.007	2.065	.61	3.52

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
C2_a	34	19.00	4.445	.762

One-Sample Test

	Test Value = 19.4					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
C2_a	-.525	33	.603	-.400	-1.95	1.15

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
C3_a	34	24.03	3.737	.641

One-Sample Test

	Test Value = 23.2					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
C3_a	1.294	33	.205	.829	-.47	2.13

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
C4_a	34	20.94	3.915	.671

One-Sample Test

	Test Value = 19.7					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
C4_a	1.848	33	.074	1.241	-.12	2.61

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
C5_a	34	21.24	4.955	.850

One-Sample Test

	Test Value = 19.2					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
C5_a	2.395	33	.022	2.035	.31	3.76

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
d_a	34	17.56	5.142	.882

One-Sample Test

	Test Value = 18.4					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
d_a	-.954	33	.347	-.841	-2.64	.95

NPar Tests

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
A4_a	34	17.21	4.498	.771

One-Sample Test

	Test Value = 19.3					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
A4_a	-2.715	33	.010	-2.094	-3.66	-.52

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
A5_a	34	19.91	5.113	.877

One-Sample Test

	Test Value = 20.5					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
A5_a	-.671	33	.507	-.588	-2.37	1.20

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
A6_a	34	20.03	3.746	.642

One-Sample Test

	Test Value = 21.5					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
A6_a	-2.289	33	.029	-1.471	-2.78	-.16

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
C_a	34	124.53	20.371	3.494

11. Resumo dos testes de Mann-Whitney entre dois grupos

y1 e z1

y1

z1

Variável	Escala	Média	D. padrão	Valor normativo	z1		z	p
					Média	D. padrã o		
N_a	Neuroticismo	89.5	27.2	98.7	98.6	23.9	-0.84	ns
N1_a	Ansiedade	16.9	5.6	20.3	19.8	3.9	-0.84	ns
N2_a	Hostilidade	12.9	5.9	14.9	14.3	5.3	-0.24	ns
N3_a	Depressão	14.1	6.8	16.9	15.8	5.9	-0.19	ns
N4_a	Auto-consciência	15.1	5.3	16.7	18.2	5.6	-1.1	ns
N5_a	Impulsividade	19.1	4.2	15.8	18.3	4.7	-1.4	ns
N6_a	Vulnerabilidade	11.3	5.2	13.7	12.1	4.3	-0.45	ns
E_a	Extroversão	121.3	15.8	103.3	116	19.8	-0.93	ns
E1_a	Caloroso	23.8	3.7	21.8	21.7	3.4	-1.3	ns
E2_a	Gregaridade	18.9	5.2	16.5	20.2	4.6	-0.15	ns
E3_a	Assertividade	17.7	4.5	13.2	14.4	3.8	-0.09	ns
E4_a	Actividade	19.1	3.5	16.9	18.7	3.6	-1.6	ns
E5_a	Procura excitação	20.4	4.5	16.6	20.8	4.1	-0.66	ns
E6_a	Emoções positivas	21.4	2.7	18.1	20.2	6.2	-1.7	ns
O_a	Ab.experiência	121.1	16.6	106.7	122.3	19.3	-0.24	ns
O1_a	Fantasia	20.4	4.1	17	19.7	4.9	-0.15	ns
O2_a	Estética	23.5	3.1	20.3	22.1	4.1	-0.18	ns
O3_a	Sentimentos	21.5	4.9	19.3	20.2	3.6	-0.29	ns
O4_a	Ações	17.4	3.3	16.2	19.3	2.5	-0.63	ns
O5_a	Ideias	18.4	5.6	16.3	19.8	5.6	-0.78	ns
O6_a	Valores	20	3.9	17.5	21.2	4.3	-1.4	ns
A_a	Amabilidade	115.9	14.6	121.8	116.1	10.7	-0.51	ns
A1_a	Confiança	18.7	3.9	18.5	16.4	3.6	-0.75	ns
A2_a	Rectidão	17.8	4.2	19.5	18.3	2.4	-1.6	ns
A3_a	Altruísmo	23.8	2.9	22.3	24.1	2.5	-0.27	ns
A4_a	Complacência	15.7	5.3	19.3	16.4	4.1	-0.09	ns
A5_a	Modéstia	19.2	5.8	20.5	20.2	4.3	-0.29	ns
A6_a	Sentimental	20.7	3.3	21.5	20.6	2.8	-0.18	ns
C_a	Conscienciosidade	127.73	21.5	120	121.1	14.1	-0.18	ns
C1_a	Competência	22.1	3.9	19.7	22	3.7	-0.42	ns
C2_a	Ordem	20.3	4.3	19.4	18.6	4.9	-0.84	ns
C3_a	Dever	24.4	3.2	23.2	21.7	3.4	-1.7	ns
C4_a	Realização	21.9	4.7	19.7	20.7	3	-0.81	ns
C5_a	Auto-disciplina	21.8	5.2	19.2	20.2	4.4	-1	ns
d_a	Deliberação	17.3	4.9	18.4	18	4.5	-0.69	ns

12. Testes Mann-Whitney

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
N_a	37	89.51	24.280	37	145
E_a	37	118.14	14.629	84	153
O_a	37	121.14	16.023	86	151
A_a	37	119.05	13.711	81	146
C_a	37	125.22	20.863	75	168
N1_a	37	18.54	4.759	4	28
N2_a	37	12.86	5.255	3	23
N3_a	37	14.16	5.951	1	27
N4_a	37	15.38	5.177	6	27
N5_a	37	17.32	4.619	6	28
N6_a	37	11.24	4.974	0	22
E1_a	37	22.89	3.389	17	29
E2_a	37	19.11	4.496	10	30
E3_a	37	16.05	4.096	9	27
E4_a	37	18.51	3.033	13	26
E5_a	37	19.92	3.869	12	28
E6_a	37	21.65	4.091	8	28
O1_a	37	19.46	4.032	11	27
O2_a	37	23.03	3.555	14	29
O3_a	37	20.70	4.202	12	28
O4_a	37	18.32	2.916	9	24
O5_a	37	19.68	5.323	8	28
O6_a	37	19.95	3.696	14	27
A1_a	37	18.24	4.003	11	26
A2_a	37	19.46	3.997	9	27
A3_a	37	24.16	3.069	17	32
A4_a	37	17.08	4.468	6	26
A5_a	37	19.78	4.917	5	28
A6_a	37	20.32	3.816	11	27
C1_a	37	21.89	4.026	13	31
C2_a	37	19.19	4.563	10	28
C3_a	37	24.05	3.741	15	31
C4_a	37	21.11	3.886	11	29
C5_a	37	21.24	4.997	9	30
d_a	37	17.73	5.311	5	27
grupo	24	99.38	.495	99	100

Mann-Whitney Test

Ranks

grupo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
N_a	99	11.57	173.50
	100	14.06	126.50
	Total	24	
E_a	99	13.43	201.50
	100	10.94	98.50
	Total	24	
O_a	99	12.23	183.50
	100	12.94	116.50
	Total	24	
A_a	99	12.37	185.50
	100	12.72	114.50
	Total	24	

Ranks

grupo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
C_a	15	13.73	206.00
100	9	10.44	94.00
Total	24		
N1_a	15	10.97	164.50
100	9	15.06	135.50
Total	24		
N2_a	15	12.00	180.00
100	9	13.33	120.00
Total	24		
N3_a	15	11.47	172.00
100	9	14.22	128.00
Total	24		
N4_a	15	11.03	165.50
100	9	14.94	134.50
Total	24		
N5_a	15	12.67	190.00
100	9	12.22	110.00
Total	24		
N6_a	15	12.40	186.00
100	9	12.67	114.00
Total	24		
E1_a	15	14.30	214.50
100	9	9.50	85.50
Total	24		
E2_a	15	11.77	176.50
100	9	13.72	123.50
Total	24		
E3_a	15	14.40	216.00
100	9	9.33	84.00
Total	24		
E4_a	15	12.77	191.50
100	9	12.06	108.50
Total	24		
E5_a	15	12.33	185.00
100	9	12.78	115.00
Total	24		
E6_a	15	12.30	184.50
100	9	12.83	115.50
Total	24		
O1_a	15	12.83	192.50
100	9	11.94	107.50
Total	24		
O2_a	15	13.20	198.00
100	9	11.33	102.00
Total	24		
O3_a	15	13.37	200.50
100	9	11.06	99.50
Total	24		
O4_a	15	10.97	164.50
100	9	15.06	135.50
Total	24		
O5_a	15	11.93	179.00
100	9	13.44	121.00
Total	24		

Ranks

grupo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
O6_a	15	11.67	175.00
100	9	13.89	125.00
Total	24		
A1_a	15	14.23	213.50
100	9	9.61	86.50
Total	24		
A2_a	15	12.20	183.00
100	9	13.00	117.00
Total	24		
A3_a	15	12.60	189.00
100	9	12.33	111.00
Total	24		
A4_a	15	12.17	182.50
100	9	13.06	117.50
Total	24		
A5_a	15	12.30	184.50
100	9	12.83	115.50
Total	24		
A6_a	15	12.70	190.50
100	9	12.17	109.50
Total	24		
C1_a	15	12.97	194.50
100	9	11.72	105.50
Total	24		
C2_a	15	13.43	201.50
100	9	10.94	98.50
Total	24		
C3_a	15	14.33	215.00
100	9	9.44	85.00
Total	24		
C4_a	15	13.40	201.00
100	9	11.00	99.00
Total	24		
C5_a	15	13.67	205.00
100	9	10.56	95.00
Total	24		
d_a	15	11.73	176.00
100	9	13.78	124.00
Total	24		

Test Statistics^b

	N a	E a	O a	A a	C a	N1 a
Mann-Whitney U	53.500	53.500	63.500	65.500	49.000	44.500
Wilcoxon W	173.500	98.500	183.500	185.500	94.000	164.500
Z	-.836	-.835	-.239	-.119	-1.104	-1.378
Asymp. Sig. (2-tailed)	.403	.404	.811	.905	.270	.168
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.411 ^a	.411 ^a	.815 ^a	.907 ^a	.290 ^a	.174 ^a

Test Statistics^b

	N2 a	N3 a	N4 a	N5 a	N6 a	E1 a
Mann-Whitney U	60.000	52.000	45.500	65.000	66.000	40.500
Wilcoxon W	180.000	172.000	165.500	110.000	186.000	85.500
Z	-.449	-.927	-1.318	-.150	-.090	-1.627
Asymp. Sig. (2-tailed)	.653	.354	.188	.881	.928	.104
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.682 ^a	.379 ^a	.194 ^a	.907 ^a	.953 ^a	.108 ^a

Test Statistics^b

	E2 a	E3 a	E4 a	E5 a	E6 a	O1 a
Mann-Whitney U	56.500	39.000	63.500	65.000	64.500	62.500
Wilcoxon W	176.500	84.000	108.500	185.000	184.500	107.500
Z	-.659	-1.705	-.240	-.150	-.180	-.299
Asymp. Sig. (2-tailed)	.510	.088	.810	.881	.857	.765
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.519 ^a	.096 ^a	.815 ^a	.907 ^a	.861 ^a	.770 ^a

Test Statistics^b

	O2 a	O3 a	O4 a	O5 a	O6 a	A1 a
Mann-Whitney U	57.000	54.500	44.500	59.000	55.000	41.500
Wilcoxon W	102.000	99.500	164.500	179.000	175.000	86.500
Z	-.629	-.780	-1.389	-.510	-.751	-1.562
Asymp. Sig. (2-tailed)	.529	.436	.165	.610	.453	.118
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.558 ^a	.446 ^a	.174 ^a	.640 ^a	.482 ^a	.123 ^a

Test Statistics^b

	A2 a	A3 a	A4 a	A5 a	A6 a	C1 a
Mann-Whitney U	63.000	66.000	62.500	64.500	64.500	60.500
Wilcoxon W	183.000	111.000	182.500	184.500	109.500	105.500
Z	-.271	-.090	-.299	-.180	-.180	-.420
Asymp. Sig. (2-tailed)	.787	.928	.765	.857	.857	.674
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.815 ^a	.953 ^a	.770 ^a	.861 ^a	.861 ^a	.682 ^a

Test Statistics^b

	C2 a	C3 a	C4 a	C5 a	d a
Mann-Whitney U	53.500	40.000	54.000	50.000	56.000
Wilcoxon W	98.500	85.000	99.000	95.000	176.000
Z	-.840	-1.655	-.812	-1.049	-.688
Asymp. Sig. (2-tailed)	.401	.098	.417	.294	.491
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.411 ^a	.108 ^a	.446 ^a	.318 ^a	.519 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: grupo

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
N_a * grupo	24	64.9%	13	35.1%	37	100.0%
E_a * grupo	24	64.9%	13	35.1%	37	100.0%
O_a * grupo	24	64.9%	13	35.1%	37	100.0%
A_a * grupo	24	64.9%	13	35.1%	37	100.0%
C_a * grupo	24	64.9%	13	35.1%	37	100.0%
N1_a * grupo	24	64.9%	13	35.1%	37	100.0%
N2_a * grupo	24	64.9%	13	35.1%	37	100.0%
N3_a * grupo	24	64.9%	13	35.1%	37	100.0%
N4_a * grupo	24	64.9%	13	35.1%	37	100.0%
N5_a * grupo	24	64.9%	13	35.1%	37	100.0%
N6_a * grupo	24	64.9%	13	35.1%	37	100.0%
E1_a * grupo	24	64.9%	13	35.1%	37	100.0%
E2_a * grupo	24	64.9%	13	35.1%	37	100.0%
E3_a * grupo	24	64.9%	13	35.1%	37	100.0%
E4_a * grupo	24	64.9%	13	35.1%	37	100.0%
E5_a * grupo	24	64.9%	13	35.1%	37	100.0%
E6_a * grupo	24	64.9%	13	35.1%	37	100.0%
O1_a * grupo	24	64.9%	13	35.1%	37	100.0%
O2_a * grupo	24	64.9%	13	35.1%	37	100.0%
O3_a * grupo	24	64.9%	13	35.1%	37	100.0%
O4_a * grupo	24	64.9%	13	35.1%	37	100.0%
O5_a * grupo	24	64.9%	13	35.1%	37	100.0%
O6_a * grupo	24	64.9%	13	35.1%	37	100.0%
A1_a * grupo	24	64.9%	13	35.1%	37	100.0%
A2_a * grupo	24	64.9%	13	35.1%	37	100.0%
A3_a * grupo	24	64.9%	13	35.1%	37	100.0%
A4_a * grupo	24	64.9%	13	35.1%	37	100.0%
A5_a * grupo	24	64.9%	13	35.1%	37	100.0%
A6_a * grupo	24	64.9%	13	35.1%	37	100.0%
C1_a * grupo	24	64.9%	13	35.1%	37	100.0%
C2_a * grupo	24	64.9%	13	35.1%	37	100.0%
C3_a * grupo	24	64.9%	13	35.1%	37	100.0%
C4_a * grupo	24	64.9%	13	35.1%	37	100.0%
C5_a * grupo	24	64.9%	13	35.1%	37	100.0%
d_a * grupo	24	64.9%	13	35.1%	37	100.0%

Report

grupo		N a	E a	O a	A a	C a	N1 a
99	Mean	89.47	121.33	121.13	115.93	127.73	16.87
	N	15	15	15	15	15	15
	Std. Deviation	27.182	15.814	16.548	14.563	21.466	5.566
100	Mean	98.56	116.00	122.33	116.11	121.11	19.78
	N	9	9	9	9	9	9
	Std. Deviation	23.928	19.793	19.307	10.694	14.093	3.898
Total	Mean	92.88	119.33	121.58	116.00	125.25	17.96
	N	24	24	24	24	24	24
	Std. Deviation	25.866	17.189	17.225	12.995	18.981	5.120

Report

grupo		N2 a	N3 a	N4 a	N5 a	N6 a	E1 a
99	Mean	12.93	14.13	15.13	19.07	11.33	23.80
	N	15	15	15	15	15	15
	Std. Deviation	5.910	6.833	5.263	4.166	5.246	3.745
100	Mean	14.33	15.78	18.22	18.33	12.11	21.67
	N	9	9	9	9	9	9
	Std. Deviation	5.268	5.995	5.630	4.717	4.285	3.354
Total	Mean	13.46	14.75	16.29	18.79	11.62	23.00
	N	24	24	24	24	24	24
	Std. Deviation	5.603	6.449	5.497	4.293	4.826	3.683

Report

grupo		E2 a	E3 a	E4 a	E5 a	E6 a	O1 a
99	Mean	18.87	17.67	19.13	20.47	21.40	20.40
	N	15	15	15	15	15	15
	Std. Deviation	5.181	4.546	3.543	4.549	2.720	4.102
100	Mean	20.22	14.44	18.67	20.78	20.22	19.67
	N	9	9	9	9	9	9
	Std. Deviation	4.604	3.812	3.640	4.116	6.220	4.873
Total	Mean	19.37	16.46	18.96	20.58	20.96	20.13
	N	24	24	24	24	24	24
	Std. Deviation	4.915	4.491	3.507	4.303	4.278	4.317

Report

grupo		O2 a	O3 a	O4 a	O5 a	O6 a	A1 a
99	Mean	23.47	21.47	17.40	18.40	20.00	18.73
	N	15	15	15	15	15	15
	Std. Deviation	3.114	4.984	3.269	5.629	3.891	3.990
100	Mean	22.11	20.22	19.33	19.78	21.22	16.44
	N	9	9	9	9	9	9
	Std. Deviation	4.076	3.598	2.500	5.563	4.265	3.644
Total	Mean	22.96	21.00	18.13	18.92	20.46	17.88
	N	24	24	24	24	24	24
	Std. Deviation	3.483	4.472	3.097	5.524	3.989	3.949

Report

grupo		A2 a	A3 a	A4 a	A5 a	A6 a	C1 a
99	Mean	17.80	23.80	15.73	19.20	20.67	22.07
	N	15	15	15	15	15	15
	Std. Deviation	4.178	2.908	5.216	5.772	3.331	3.955
100	Mean	18.33	24.11	16.44	20.22	20.56	22.00
	N	9	9	9	9	9	9
	Std. Deviation	2.449	2.472	4.126	4.353	2.833	3.279
Total	Mean	18.00	23.92	16.00	19.58	20.63	22.04
	N	24	24	24	24	24	24
	Std. Deviation	3.575	2.701	4.755	5.208	3.090	3.641

Report

grupo		C2 a	C3 a	C4 a	C5 a	d a
99	Mean	20.27	24.40	21.93	21.80	17.27
	N	15	15	15	15	15
	Std. Deviation	4.267	3.203	4.682	5.185	4.949
100	Mean	18.56	21.67	20.67	20.22	18.00
	N	9	9	9	9	9
	Std. Deviation	4.978	3.428	3.000	4.438	4.528
Total	Mean	19.63	23.38	21.46	21.21	17.54
	N	24	24	24	24	24
	Std. Deviation	4.519	3.487	4.107	4.881	4.709

Frequencies

Statistics

		Estado Civil	Escolaridade	Gravida?	Int. vol. gravidez?	Tem filhos?	Deseja ter filhos?
N	Valid	37	36	37	37	37	30
	Missing	0	1	0	0	0	7

Statistics

		Como (...) doar óvulos?	Conheceu alguém doacção(...)?	Concretizou doação ovócitos?	Se não, quais as razões?
N	Valid	37	37	37	17
	Missing	0	0	0	20

Frequency Table

Estado Civil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Solteira	18	48.6	48.6	48.6
	2 Casada	7	18.9	18.9	67.6
	3 União de facto	3	8.1	8.1	75.7
	4 Divorciada	3	8.1	8.1	83.8
	5 Separada	6	16.2	16.2	100.0
	Total	37	100.0	100.0	

Escolaridade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Até 9 anos	5	13.5	13.9	13.9
	2 Até 11 anos	5	13.5	13.9	27.8
	3 Até 12 anos	13	35.1	36.1	63.9
	4 Bacharelato	4	10.8	11.1	75.0
	5 Licenciatura	7	18.9	19.4	94.4
	6 Frq. universitária	2	5.4	5.6	100.0
	Total	36	97.3	100.0	
Missing	System	1	2.7		
Total		37	100.0		

Gravida?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Não	14	37.8	37.8	37.8
	2 Sim	23	62.2	62.2	100.0
	Total	37	100.0	100.0	

Int. vol. gravidez?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Não	25	67.6	67.6	67.6
	2 Sim	12	32.4	32.4	100.0
	Total	37	100.0	100.0	

Tem filhos?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Não	18	48.6	48.6	48.6
	2 Sim	19	51.4	51.4	100.0
	Total	37	100.0	100.0	

Deseja ter filhos?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Não	5	13.5	16.7	16.7
	2 Sim	16	43.2	53.3	70.0
	3 Não sabe	9	24.3	30.0	100.0
	Total	30	81.1	100.0	
Missing	System	7	18.9		
Total		37	100.0		

Como (...) doar óvulos?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Amigos	19	51.4	51.4	51.4
	2 Familiares	5	13.5	13.5	64.9
	3 Comunicação social	11	29.7	29.7	94.6
	4 Internet	1	2.7	2.7	97.3
	5 Outros	1	2.7	2.7	100.0
	Total	37	100.0	100.0	

Conheceu alguém doação(...)?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Não	25	67.6	67.6	67.6
	2 Sim	12	32.4	32.4	100.0
	Total	37	100.0	100.0	

Concretizou doação ovócitos?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Sim	15	40.5	40.5	40.5
	2 Não	17	45.9	45.9	86.5
	3 Em processo	5	13.5	13.5	100.0
	Total	37	100.0	100.0	

Se não, quais as razões?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Desistiu	9	24.3	52.9	52.9
	2 Aguarda receptor	4	10.8	23.5	76.5
	3 Outras	2	5.4	11.8	88.2
	4 Não aceite	2	5.4	11.8	100.0
	Total	17	45.9	100.0	
Missing	System	20	54.1		
Total		37	100.0		

Bar Chart

Frequencies

Statistics

Com quem falou?

N	Valid	36
	Missing	1

Com quem falou?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Amigos	11	29.7	30.6	30.6
	2 Marido/Namorado	8	21.6	22.2	52.8
	3 Família	4	10.8	11.1	63.9
	12 Amigos/Marido/ Namorado	3	8.1	8.3	72.2
	13 Amigos/Família	4	10.8	11.1	83.3
	23 Namorado/Família	3	8.1	8.3	91.7
	123 Amigos/Marido/ Namorado/Família	3	8.1	8.3	100.0
	Total	36	97.3	100.0	
	Missing	System	1	2.7	
Total		37	100.0		

Frequencies

Statistics

		Opções(...) amizade	Opções(...) ética	Opções(...) ajudar casais	Opções(...) ajudar mulheres inférteis	Opções(...) retribuição financeira
N	Valid	5	2	21	26	13
	Missing	32	35	16	11	24
Sum		5	2	21	26	13

Statistics

		Opções(...) comprovar fertilidade	Opções(...) herança genética	Opções(...) outras
N	Valid	3	2	2
	Missing	34	35	35
Sum		3	2	2

Frequencies

Statistics

		Idade	Quanto tempo (...)?
N	Valid	37	37
	Missing	0	0
Mean		30.38	4.27
Std. Deviation		5.366	5.900
Minimum		22	1
Maximum		48	24

Frequencies

Statistics

		Viveu c/ pai	Viveu c/ mãe
N	Valid	36	36
	Missing	1	1

Frequency Table

**13. Transcrição das respostas à questão aberta
sobre motivação para a doação**

QUAIS OS MOTIVOS PELOS QUAIS TOMOU A DECISÃO DE SER DADORA?	Código
"Esta retribuição não terá o valor que um casal terá se conseguir alcançar o objectivo, a que me propus"	5
"A Motivação é "sentir-me útil ao poder ajudar"	2
"Forma muito especial de ajudar alguém com desejo muito forte e de difícil realização. Pensei que se tenho recursos biológicos e se usualmente os desperdiço, seria benéfico alguém poder usufruir da minha capacidade biológica de ter óvulos".	4
"Além do financeiro, a possibilidade de outras mulheres terem o mesmo prazer que tive, o de ser mãe".	1 2
Saber da dificuldade de quem não pode ter filhos, e eu podendo dar óvulos. Uma coisa que não me faz mal e vai satisfazer o desejo de uma mulher de ser mãe, de poder gerar um filho)	3 4
"Questões financeiras"	2
"Ser mãe é uma dádiva, é uma felicidade incomparável. Por isso não há nada mais bonito que fazer feliz também outra mulher que não possa produzir óvulos por uma razão qualquer".	1 5
"Pelo facto da minha irmã não poder ter filhos, pois via o seu sofrimento, sua ansiedade e ter filhos e não podia. Assim como ela há muitas com vontade de ter filhos. Como dadora poderia passar a felicidade e a realização a muitas mães"	3 5
"Simplesmente ajudar"	4
"Sou mãe, deve ser triste não ter filhos, que é a maior alegria das nossas vidas"	1
"Poder dar a felicidade a outras mulheres que querem ser mães".	5
"Poder ajudar a quem precisa. Consciência da importância de dar a outras pessoas a chance de ser feliz. E eu não posso deixar de dizer que a retribuição também ajudou muito".	4 5 2
"Ajudar quem não pode ter filhos, dando oportunidade de realizarem o sonho de ser mãe, sinto-me muito bem vendo isto acontecer".	4 2
"Ajudar alguém que queria tanto ter filhos e não pode"	4
"Porque a recompensa seria útil para mim e também poderia fazer alguém feliz"	2 5
"Pela única razão de já saber o prazer de ser mãe e pensar que um dia também poderia ter tido problemas idênticos aos das mulheres que procuram ser mães e não podem ser sem ajuda de "outros"	1 3
"Sempre acreditei na doação de órgãos para ajudar quem precisa, quando a mim não fazem falta. A doação de óvulos posso fazer em vida, fazendo um casal feliz, por ter um filho como eu tenho"	4 5

"Em primeiro lugar ajudar o próximo. Ajudar casais a terem uma família. Dar oportunidade a mulheres de dar à luz, um ser tão maravilhoso. A ser mãe (ser mãe é um mito)"	4 1
"Devido à dificuldade em engravidar de uma pessoa da família que me é muito chegada e da qual eu gosto muito"	4
"Pelo dinheiro"	2
"Essencialmente pelo facto de precisar de dinheiro"	2
"Acho que com isso consegui dar alegria às pessoas que não podem gerar uma criança. Gosto sempre de ajudar a pessoas quando posso"	5 4
"O caso pessoal da receptora e a afeição quase familiar que me liga a ela. A noção de que tem todas as qualidades dignas de a tornar mãe. Se calhar até uma ideia de tentar remediar uma espécie de injustiça do universo. Dar algo que posso dar a alguém de quem gosto muito e que o merece".	4 2
"Para ajudar os casais a realizarem o desejo de serem pais".	4
"Decidi ponderadamente ser útil na busca do preenchimento da felicidade de alguém que pretende prolongar-se através da maternidade, algo que pessoalmente não pretendo e não obstante, devido retribuição financeira".	5 2
"Sempre desejei um filho mas não tinha a estabilidade suficiente para os ter. Quando tive mais condições nunca fiquei; Claro que quando me separei já tinha 45 anos. Quando ouvi na TV não pensei duas vezes, era uma forma de dar felicidade a dar um pouco de mim a alguém. Não consegui. Derivado à minha idade e não ter tido filhos era uma maneira de me sentir feliz e de dar felicidade a outros".	2 5
"Tenho uma prima que tem problemas em ter filhos e vejo o seu sofrimento, por isso decidi. A ajuda financeira também contou muito".	3 2
"Acho tão importante doar óvulos como doar sangue, o facto de este ser considerado um "desviante", ou seja, não correspondente ao eticamente correcto para a maioria da sociedade portuguesa, fez com que eu tivesse uma vontade de colaborar com uma causa tão nobre como é a de ajudar mulheres com dificuldade em engravidar".	4
"Essencialmente pela retribuição financeira, pois atravessava uma fase muito difícil da minha vida".	2
"Para poder ajudar quem não pode ter filhos e por questões financeiras"	4 2
"Ajudar um sonho a tornar-se realidade e acreditar nas minhas ideias, na minha forma de pensar sobre este assunto. Podemos ajudar sem nos prejudicarmos e sem pedir nada em troca".	4
"Acho tremendamente injusto nem toda a gente conseguir ter filhos. Gosto de saber e experimentar coisas fora do comum e entusiasmei-me a ideia do projecto em si, principalmente a sua finalidade".	2
"Financeiros e poder ajudar um casal infértil".	2 4
"Para dar a oportunidade a outras mulheres, e casais, de poderem ter experiência mais enriquecedora e gratificante que se pode ter na vida".	1 4

14. Valores normativos do NEO-PI-R

Percentis para Escalas de Facetas do NEO-PI-R

Adultos/Sexo Feminino

PC	NEUROTICISMO						EXTROVERSÃO						ABERTURA À EXPERIÊNCIA						AMABILIDADE						CONSCIÊNCIA					
	N1	N2	N3	N4	N5	N6	E1	E2	E3	E4	E5	E6	O1	O2	O3	O4	O5	O6	A1	A2	A3	A4	A5	A6	C1	C2	C3	C4	C5	C6
99	≥30	≥26	≥28	≥27	≥26	≥25	≥30	≥28	≥22	≥24	≥27	≥28	≥28	≥31	≥28	≥25	≥28	≥27	≥28	≥29	≥31	≥29	≥29	≥29	≥28	≥29	≥32	≥29	≥29	≥28
98	29	25	27	26	25	24	-	27	21	-	26	27	27	30	-	24	27	26	27	28	30	-	28	28	-	28	31	28	28	-
97	-	23-24	26	25	24	23	29	26	-	23	-	26	26	-	27	-	26	25	26	27	-	28	-	-	27	27	-	-	-	27
96	28	-	-	-	-	22	-	25	20	-	25	-	-	29	-	23	-	-	-	-	29	-	27	27	26	-	30	27	27	-
95	27	22	25	24	23	21	28	24	19	22	24	25	25	28	26	22	25	24	25	26	28	27	26	-	25	26	29	26	26	26
90	26	20-21	25-24	22-23	21-22	19-20	27	22-23	18	21	22-23	24	23-24	26-27	25	21	23-24	22-23	24	25	27	25-26	25	26	24	25	28	25	24-25	24-25
80	24-25	18-19	22	21	20	17-18	25-26	21	17	20	21	22-23	21-22	25	23-24	20	21-22	21	22-23	23-24	26	23-24	24	24-25	23	23-24	27	23-24	23	23
75	-	-	21	20	19	-	-	20	16	-	20	21	-	24	22	19	20	20	-	-	25	-	-	-	-	-	26	-	22	22
70	23	17	20	19	18	16	24	19	15	19	19	20	20	23	21	18	19	19	21	22	24	22	23	23	22	22	25	22	21	21
60	21-22	16	18-19	18	17	15	23	18	14	18	18	19	18-19	22	20	17	18	18	20	21	23	21	22	-	21	21	24	21	20	20
50	20	15	17	17	16	14	22	16-17	13	17	17	18	17	20-21	19	16	16-17	-	19	20	22	19-20	21	22	20	18-20	23	20	19	19
40	19	14	15-16	15-16	15	12-13	21	15	12	16	15-16	17	15-16	19	18	15	15	17	18	18-19	21	18	20	21	19	-	-	19	18	17-18
30	-	13	14	-	14	-	-	14	-	-	16	-	-	18	-	-	14	16	17	-	-	17	19	-	-	17	22	18	-	16
25	18	12	-	14	-	11	20	-	11	15	14	-	14	17	17	14	13	-	16	17	20	-	18	20	18	-	21	-	17	15
20	16-17	11	12-13	12-13	11-13	10	18-19	12-13	9-10	14	12-13	14-15	12-13	15-16	16	13	10-12	14-15	14-15	15-16	19	14-16	17	18-19	16-17	15-16	20	16-17	15-16	13-14
10	14-15	9-10	10-11	11	10	8-9	17	9-11	8	13	10-11	12-13	10-11	13-14	14-15	11-12	8-9	13	12-13	14	17-18	12-13	15-16	17	15	13-14	18-19	14-15	14	12
5	-	-	9	10	-	-	16	-	-	12	9	-	-	12	-	-	7	-	-	13	-	11	-	16	-	-	-	-	13	11
4	13	8	-	9	9	7	-	8	7	-	-	11	9	-	13	10	6	12	11	12	16	-	14	-	14	12	17	13	12	-
3	12	-	8	-	8	-	15	-	-	-	8	10	8	11	-	-	4-5	-	10	-	-	10	13	15	-	11	15-16	12	-	9-10
2	11	7	6-7	8	6-7	5-6	13-14	6-7	6	11	7	9	7	9-10	11-12	9	3	11	8-9	11	14-15	9	12	14	12-13	10	13-14	11	10-11	8
1	0-10	0-6	0-5	0-7	0-5	0-4	0-12	0-5	0-5	0-10	0-6	0-8	0-6	0-8	0-10	0-8	0-2	0-10	0-7	0-10	0-13	0-8	0-11	0-13	0-11	0-9	0-12	0-10	0-9	0-7
Méd.	20	15	17	17	16	14	22	17	13	17	17	18	17	20	19.3	16.2	16.3	17.5	19	20	22	19	21	22	20	19	23	20	19	18
D.P.	5	4	5	4	4.2	4	3.7	4.6	4	3.1	4.4	4	4.7	4.9	3.9	3.6	5.4	3.5	4.2	4	3.6	4.6	3.8	3.2	3.4	4	3.7	3.8	4	4.6

Percentis para as escalas de facetas. Adultos do sexo feminino (N=890).