

Desenvolvimento do Questionário de Motivações para Revelar/Não Revelar a Parentalidade Não-Genética por Doação de Gâmetas

Development and Study of Facial Validity of Questionnaire of Motivations to disclose/ not disclose the non-genetic parenthood by gamete donation's Questionnaire

Artigo Original | Original Article

Cristiana Marques, PsyM (1a), Ana Galhardo, PhD (1, 2b), Marina Cunha, PhD (1, 2c), Margarida Couto, PhD (1c)

(1) Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, Portugal.

(2) Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenções Cognitivo-Comportamentais: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

(a) Recolheu e inseriu os dados para análise estatística e deu o maior contributo para a elaboração do artigo.

(b) Deu o maior contributo, logo a seguir ao primeiro autor, para a elaboração do trabalho.

(c) Contribuiu significativamente para a revisão do trabalho.

Autor para correspondência | Corresponding author: Cristiana Marques; cristiana.rcmarques@gmail.com

RESUMO

Palavras-Chave

Gâmetas de dador
Motivações para revelar
Parentalidade
Segredo
Estudo exploratório

Introdução: A parentalidade constitui um objetivo muito valorizado socialmente, no entanto, para casais com infertilidade este pode implicar a realização de tratamentos de médicos, alguns deles com recurso a gâmetas de dador. Para estes últimos, surge uma preocupação adicional: revelar à criança a origem da sua conceção ou manter segredo. Ainda que as motivações que influenciam este processo de decisão tenham sido alvo de estudo, em Portugal a investigação é escassa.

Objetivos: A presente investigação pretendeu desenvolver o Questionário de Motivações para Revelar/Não Revelar a Parentalidade não Genética por Doação de Gâmetas (QMRDG), o qual se destina a avaliar as principais motivações que influenciam o processo de tomada de decisão dos pais que recorrem a gâmetas de dador relativamente a contar ou não contar ao/à seu/sua filho/a a origem da sua conceção.

Metodologia: Estudo exploratório conduzido numa amostra de 21 participantes, com idades entre os 30 e os 49 anos, que realizaram tratamento de infertilidade com recurso a gâmetas de dador e se tornaram pais. Os participantes preencheram um conjunto de questionários numa plataforma *online*.

Resultados: O QMRDG revelou possuir itens claros e de fácil compreensão. Os dados obtidos indicam que a maioria dos pais ainda não contou à criança a sua origem genética devido à reduzida idade da mesma, encontrando-se estes com intenção de revelar. Para os pais que já contaram, das motivações que mais influenciaram esta decisão salienta-se a importância dada à honestidade e ao direito do conhecimento das origens genéticas. Relativamente às motivações para não contar ressalta-se a pouca importância dada à genética.

Conclusão: O QMRDG parece constituir um instrumento promissor na prática clínica e na investigação com pessoas que estejam a realizar tratamentos de infertilidade com recurso a gâmetas de dador. Nesta investigação, a tendência indicada pelos pais foi a de contar à criança a origem da sua conceção.

ABSTRACT

Keywords

Gamete donation
Disclosure's motivations
Secrecy
Exploratory study

Introduction: Parenting is a highly valued social role. However, for couples dealing with infertility this role can involve fertility treatments, and for some of them donor-assisted reproduction. For couples who use third party reproduction, another concern can emerge: tell the child about the donor conception, or preserve secrecy. Although arguments for decision-making have been studied, in Portugal research on this topic is scanty.

Objectives: The current study sought out to develop the Motivations for Disclosing/Not Disclosing Non-genetic Parenthood through Gamete Donation (QMRDG), which is designed to assess motivations that influence the decision-making process of parents who use gamete donation regarding disclosure to his/her son/daughter his/her conception.

Methods: This exploratory study was conducted in sample of 21 participants with age ranging from 30 to 49 years, who undergone third-party reproduction treatment and became parents. Participants completed a set of questionnaires through an online platform.

Results: QMRDG revealed clear and comprehensible items. Data showed that most parents did not disclose to their child their donor conception due to the fact that the child is still very young, but their intention seems to be to disclose in the future. For parents who have disclosed, core motivations for that decision are based on the importance of honesty and on the right to know genetic origins. Concerning motivations for not disclosing the little importance given to genetics emerges as one of the most important ones.

Discussion: The QMRDG can be a promising tool in clinical practice and research with people who are pursuing fertility treatment with gamete donation. In this investigation parent's tendency was to disclose to child donor conception.

INTRODUÇÃO

A infertilidade é medicamente definida como uma doença do sistema reprodutivo caracterizada pela incapacidade de uma gravidez clínica após 12 meses ou mais de relações sexuais regulares desprotegidas (Zegers-Hochschild et al., 2009). Ainda que a definição médica seja uma das mais utilizadas, a infertilidade pode igualmente ser entendida como um processo socialmente construído pelo qual os indivíduos percebem a sua incapacidade de ter filhos como um problema (Greil, McQuillane Slauson-Blevins, 2011). Neste contexto, a infertilidade pode ser compreendida como um constructo social, atendendo à importância do papel social da maternidade/paternidade, sendo que quando os casais não têm como objetivo de vida assumir esse papel, não se consideraram como inférteis (Greil et al., 2011). Por outro lado, a infertilidade não afeta apenas um indivíduo, mas sim o casal, independentemente de a sua etiologia poder afetar apenas um ou ambos os elementos da díade conjugal. Greil, Slauson-Blevins e McQuillan, (2010) referem ainda outros dois aspetos relevantes que a diferenciam de outras condições clínicas: o facto da infertilidade não se diagnosticar pela presença de sintomas patológicos, mas pela ausência de um estado desejado e a existência de diversas opções para além da cura, nomeadamente a troca de parceiro, a escolha de permanecer sem filhos ou a adoção (Greil et al., 2011).

No que diz respeito à sua prevalência, a infertilidade é uma condição que afeta 48,5 milhões de casais no mundo (Mascarenhas, Flaxman, Boerma, Vanderpoel, e Stevens, 2012). Um estudo recente sobre a prevalência da infertilidade revela que esta apresenta valores de 12,5% nas mulheres e 10,1% nos homens (Datta et al., 2016). Especificamente em Portugal estima-se que existam entre 266 088 e 292.996 casais com infertilidade ao longo da vida (Carvalho e Santos, 2009).

Face a um diagnóstico de infertilidade, as técnicas de procriação medicamente assistida oferecem esperança aos casais com infertilidade (Cousineau e Domar, 2007), podendo estas incluir diversos tipos de tratamento. Entre estes são de referir a inseminação intrauterina (IIU), a fecundação *in vitro* (FIV) e transferência de embriões (FIVETE), a microinjeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), a transferência intratubular de gâmetas (GIFT), as técnicas cirúrgicas de obtenção de espermatozoides, as técnicas de criopreservação de gâmetas e embriões e as técnicas de procriação com recurso a dadores de gâmetas (Santos e Moura-Ramos, 2010). Estas últimas são utilizadas em algumas situações de infertilidade (masculina ou feminina) nas quais não é possível obter uma gravidez através do recurso a qualquer outra técnica que utilize os gâmetas do próprio casal

(Decreto de Lei nº 32/2006 de 26 de Julho do Ministério da Saúde, 2006; Santos e Moura-Ramos, 2010).

A procura de tratamentos de infertilidade tem também vindo a crescer nos últimos anos (Deka e Sarma, 2010; Lykeridou, Gourounti, Deltsidou, Loutradise e Vaslamatzis, 2009), resultando esta procura de fatores como o adiamento da gravidez, o desenvolvimento de técnicas mais recentes e mais bem-sucedidas para o tratamento da infertilidade ou o aumento da consciencialização dos serviços disponíveis (Deka e Sarma, 2010).

Em Portugal, no ano de 2013, foram registados 9948 ciclos de procriação medicamente assistida, dos quais nasceram 2091 crianças (Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida, 2015). De entre estes ciclos de tratamento, foram realizados 127 com recurso a esperma de dador a fresco, 329 com ovócitos doados a fresco e 41 com ovócitos criopreservados (Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida, 2015).

A incapacidade de conceber uma criança para os indivíduos ou casais que esperam começar uma família é descrita como uma experiência indutora de stresse, psicologicamente ameaçadora e tida como um momento de crise, uma experiência muitas vezes desoladora e dececionante (Campus, 2011; Cousineau e Domar, 2007; Domar et al., 2012; Ramazanzadeh, Nourbala, Abediniaie Naghizadeh, 2009; Yazdani, Kazemie Ureizi-samani, 2016). Tal não é de estranhar uma vez que a infertilidade não ocorre no vazio, sendo que socialmente existe um grande valor atribuído à fertilidade e ao papel parental (Cousineau Domar, 2007; Greil, Slauson-Blevins McQuillan, 2010; van den Akker, 2001).

Para além da dificuldade em lidar com a infertilidade e com os respetivos tratamentos médicos, quando estes envolvem gâmetas de dador existe uma preocupação adicional: contar à criança as suas origens (Daniels, Gracee Gillett, 2011). Face a esta preocupação dos pais, estudos realizados no Reino Unido indicaram que, tendencialmente, a maioria não revelava às crianças as suas origens (Freemane Golombok, 2012; Lycett, Daniels, Cursone Golombok, 2005), no entanto, nas últimas décadas tem havido uma mudança em relação a este assunto, emergindo uma forte tendência a favor da decisão de revelar a forma de conceção (Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2004). O *Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine* (2013) considera que a divulgação à criança sobre a origem da sua conceção e, se possível, das características dos dadores (nos países em que tal é permitido), pode servir o melhor interesse da criança. Este é um posicionamento também corroborado por

resultados de vários estudos que mostram existir, mais recentemente, uma maior divulgação às crianças sobre o modo como estas foram concebidas (Golombok, Blake, Casey, Romane Jadva, 2013; Söderström-Anttila, Sälevaarae Suikkari, 2010).

Com efeito, esta diferença de paradigma é encontrada quando comparados estudos publicados até 2010 e estudos mais recentes. A título de exemplo, o estudo de Murray e Golombok (2003), efetuado com 17 famílias que recorreram à doação de ovócitos, mostrou que a maioria dos pais tinha decidido não contar às crianças, tal como foi apontado por um outro estudo, em 2005, com famílias que recorreram a IUI com doação de esperma (Lycett et al., 2005). Contrariamente, estudos mais recentes demonstram uma forte tendência dos pais para divulgar aos seus filhos a sua forma de conceção (Isaksson, Sydsjö, Skoog Svanberge Lampic, 2012; Söderström-Anttila et al., 2010).

A decisão de contar ou não contar às crianças não é uma decisão fácil (Blake, Jadva Golombok, 2014), sendo esta uma decisão autónoma, voluntária, e que depende dos pais, mesmo nos países em que a doação não é anónima (Baccino, Salvadorese Hernández, 2013; Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2004; Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2013). Nas décadas de 80/90 do séc. XX, a literatura focava-se principalmente nesta questão, sendo efetuados desde então vários levantamentos do modo como os pais diziam às crianças e (em menor grau) dos fatores que influenciavam a sua decisão (Daniels et al., 2011). Apesar deste menor grau de conhecimento relativo às motivações ou fatores capazes de influenciar o processo de tomada de decisão, atualmente já é possível identificar motivações transversais a diversos estudos.

Entre as motivações que influenciam a decisão de contar à criança, a literatura aponta o direito da criança saber as suas origens como um dos argumentos mais utilizados a favor da revelação (Baccino et al., 2013; Benward, 2015; Blyth, Langridge Harris, 2010; Dorothy, Greenfelde Klock, 2004; Hargreaves Daniels, 2007; Hershberger, Klocke Barnes, 2007; Indekeu et al., 2013; Isaksson, Skoog-Svanberg, Sydsjö, Linelle Lampic, 2016; Lalos, Gottliebe Lalos, 2007; Lindblad, Gottliebe Lalos, 2000; Lycett et al., 2005; Readings, Blake, Casey, Jadva Golombok, 2011; Sälevaara, Suikkari Söderström-Anttila, 2013; Söderström-Anttila et al., 2010), sendo que este direito pode ser importante para a identidade da criança e para as suas escolhas na vida adulta (Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2013).

Por outro lado, a abertura e honestidade no seio familiar (Baccino et al., 2013; Blyth et al., 2010; Ethics Committee of the American Society for Reproductive

Medicine, 2004; Hahne Craft-Rosenberg, 2002; Hunter, Salter-Linge Glover, 2000; Indekeu et al., 2013; Laruelle, Place, Demeestere, Englerte Delbaere, 2011; Lindblad et al., 2000; Lycett et al., 2005; Readings et al., 2011; Sälevaara et al., 2013; Söderström-Anttila et al., 2010) e o desejo de evitar que o/a filho/a soubesse por outros que tivessem conhecimento acerca do recurso a gametas de dador são também indicadas como razões para contar à criança (Baccino et al., 2013; Benward, 2015; Blyth et al., 2010; Hershberger et al., 2007; Hunter et al., 2000; Lalos et al., 2007; Laruelle et al., 2011; Lindblad et al., 2000; Lycett et al., 2005; Murraye Golombok, 2003; Readings et al., 2011; Söderström-Anttila et al., 2010). De mencionar ainda que os pais referem que a divulgação ajuda a evitar segredos na família, uma vez que estes podem prejudicar relacionamentos familiares, bem como conduzir à existência de tensões ao longo da vida (Hahne Craft-Rosenberg, 2002; Lindblad et al., 2000). Apesar do medo ainda referido por alguns casais de que a divulgação sobre a conceção com recurso a gametas de dador possa ameaçar o bem-estar e as relações familiares da criança, o segredo pode ter um efeito prejudicial semelhante (Freemane Golombok, 2012).

Face à decisão de não contar à criança, as motivações são variadas, no entanto, algumas das referenciadas de um modo mais sistemático incluem a maior importância dada à maternidade/paternidade do que à genética (Dorothy et al., 2004; Lalos et al., 2007; Lindblad et al., 2000; Lycett et al., 2005; Murraye Golombok, 2003; Readings et al., 2011; Sälevaara et al., 2013; Söderström-Anttila et al., 2010) e o receio que o/a filho/a não considere o progenitor não genético como seu/sua pai/mãe e o/a rejeite (Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2004; Lycett et al., 2005; Murraye Golombok, 2003). São ainda identificadas como motivações importantes, o desejo de não prejudicar a relação que a criança tem com os pais (Dorothy et al., 2004; Laruelle et al., 2011; Lycett et al., 2005; Sälevaara et al., 2013) e a crença de que contar possa vir a ser prejudicial para a criança (Lalos et al., 2007; Lycett et al., 2005; Murraye Golombok, 2003; Readings et al., 2011; Söderström-Anttila et al., 2010). No que respeita a esta última motivação, é referido que a criança poderia ficar confusa com a informação relativa ao processo de doação, existindo o desejo de proteger a criança desta possibilidade (Lalos et al., 2007; Lycett et al., 2005; Murraye Golombok, 2003; Readings et al., 2011; Söderström-Anttila et al., 2010). Apesar destes últimos argumentos serem referidos por vários estudos, a investigação relativa à influência da divulgação/segredo no desenvolvimento psicológico das crianças e nas relações familiares demonstra a ausência de impacto negativo da divulgação no bem-estar psicológico das crianças e na qualidade das relações familiares (Freemane Golombok,

2012; Lycett, Daniels, Cursone Golombok, 2004; Nachtigall, Becker, Quiroga Tschann, 1998; Nachtigall, Pitcher, Tschann, Beckere Quiroga, 1997).

Em Portugal a investigação relativa às motivações que levam os casais que recorrem a gâmetas de dador a contar ou não aos seus filhos a sua origem genética é, do nosso conhecimento, inexistente. Deste modo, o presente trabalho teve como objetivo principal o desenvolvimento do Questionário de Motivações para Revelar/Não Revelar a Parentalidade não Genética por Doação de Gâmetas (QMRDG).

Este instrumento destina-se a identificar e sistematizar as motivações que poderão influenciar o processo de tomada de decisão destes casais no que respeita a contarem ou não ao/à seu/sua filho/a o facto de ter sido concebido/a com gâmeta(s) de dador. O QMRDG pretende ser um instrumento futuramente utilizado na prática clínica durante os processos de tratamento de infertilidade que envolvam o recurso a gâmetas de dador.

MÉTODO

Amostra

A amostra deste estudo exploratório é constituída por 21 indivíduos que recorreram a tratamentos de infertilidade com esperma ou ovócitos de dador/a, sendo 20 participantes do sexo feminino e um do sexo masculino. A Tabela 1 apresenta as características demográficas dos participantes. As idades destes variaram entre os 30 e os 49 anos, com uma $M = 40,14$ e um $DP = 4,83$. Relativamente aos anos de escolaridade o número mínimo de anos de escolaridade foi de 9 anos e o máximo de 23 anos, com $M = 15,76$ e $DP = 3,83$. Face aos anos de casamento/união de facto a média foi de 10,38 associada a um desvio-padrão de 6,07. Relativamente às crianças, 12 eram do sexo feminino (57,1%) e nove eram do sexo masculino (42,9%), sendo que a idade mínima foi de 0 anos e a idade máxima de 14 anos, com $M = 3,33$ e $DP = 3,59$.

Tabela 1

Características Demográficas dos Participantes

	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade	40,14	4,83
Anos de escolaridade	15,76	3,83
Anos de casamento/União de facto	10,38	6,07
Idade do(a) seu(sua) filho(a)	3,33	3,59

Notas: *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão.

No que respeita às variáveis clínicas, estas são apresentadas na Tabela 2. O tipo de infertilidade mais comum foi a de fator masculino com nove indivíduos a identificarem este tipo de infertilidade presente no casal,

seguindo-se a infertilidade feminina, com quatro indivíduos, a infertilidade masculina e feminina, com três indivíduos e, por fim, a infertilidade de fator desconhecido, com 5 indivíduos. O tipo de tratamento com gâmetas de dador mais utilizado foi a injeção intracitoplasmática (ICSI) $n = 9$, seguido da fertilização *in vitro* (FIV) $n = 8$, e da inseminação intrauterina (IIU) $n = 4$.

Tabela 2

Características Clínicas dos Participantes

	<i>n</i>	<i>%</i>
Tipo de infertilidade		
Fator masculino	9	42,9
Fator feminino	4	19,0
Fator masculino e feminino	3	14,3
Fator desconhecido	5	28,8
Tipo de tratamento com gâmetas de dador		
FIV	8	38,1
ICSI	9	2,9
IIU	4	19,0
Tipo de gâmeta de dador usado		
Espermatozoides	13	61,9
Ovócitos	7	33,3
Espermatozoides e ovócitos	1	4,8

Notas: FIV = Fertilização *in vitro*; ICSI = Injeção intracitoplasmática; IIU = Inseminação intrauterina.

Face ao tipo de gâmeta, 13 (61,9%) indivíduos recorreram a espermatozoides de dador, sete (33,3%) indivíduos recorreram a ovócitos de dadora e um (4,8%) à doação de ambos os gâmetas.

Instrumentos

Questionário sociodemográfico e clínico. Este questionário incluiu variáveis demográficas como a idade, o sexo, os anos de escolaridade, os anos de casamento/união de facto e questões relativas à criança, como a idade e o sexo. Integrou também questões relativas a variáveis clínicas como o tipo de infertilidade presente no casal, o tipo de tratamento efetuado e o tipo de gâmeta utilizado. Abrangeu ainda questões relativas ao processo de tomada de decisão relativamente a contar ou não contar à criança. Para os pais que já contaram, as questões colocadas foram quatro, sendo relativas à existência de acordo entre o casal, à reflexão em conjunto sobre este assunto, ao grau de dificuldade da tomada de decisão e à forma como foi divulgado à criança, se este foi um processo gradual. Para os pais que decidiram não contar, as questões foram idênticas às anteriormente referidas, excluindo-se apenas a última questão. Para os pais que ainda não tinham contado foi apenas colocada a questão relativa à razão pela qual ainda não tinham divulgado, mais concretamente era solicitado que indicassem qual a opção que se lhes aplicava - se tal se devia ao facto de a criança ser ainda muito pequena ou a não terem ainda tomado uma decisão.

Questionário de Motivações para Revelar/Não Revelar a Parentalidade Não-Genética por Doação de Gâmetas (QMRDG).

Este instrumento foi desenvolvido com o intuito de avaliar as motivações que poderão influenciar o processo de tomada de decisão de contar às crianças o modo como estas foram concebidas por parte dos pais que recorreram a gâmetas de dador. O QMRDG encontra-se dividido em três diferentes componentes: uma primeira componente dirigida aos pais que já contaram às crianças (composta por 9 itens), uma segunda componente dirigida aos pais que decidiram não contar (composta por 11 itens) e uma terceira componente dirigida aos pais que ainda não contaram ou aos casais que se encontrem a realizar o tratamento médico e que num contexto de acompanhamento psicológico possam abordar esta questão (constituída por 20 itens, que correspondem ao agrupamento dos itens das duas primeiras componentes). Cada item é respondido numa escala de 5 pontos a variar de 1= Discordo totalmente a 5 = Concordo totalmente.

Procedimentos

Tendo por base uma revisão da literatura publicada entre 2000 e 2016, em que as motivações que influenciaram o processo de tomada de decisão dos pais que recorreram a tratamentos de infertilidade com gâmetas de dador fossem abordadas (Baccino et al., 2013; Blyth et al., 2010; Dorothy et al., 2004; Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2004; Fertility Counseling, 2015; Hahn, Sandra Jane; Craft-Rosenberg, 2002; Hargreaves Daniels, 2007; Hershberger et al., 2007; Hunter et al., 2000; Indekeu et al., 2013; Isaksson et al., 2016; Lalos et al., 2007; Laruelle et al., 2011; Lindblad et al., 2000; Lycett et al., 2005; Murray Golombok, 2003; Readings et al., 2011; Sälveaara et al., 2013; Söderström-Anttila et al., 2010), procedeu-se ao desenvolvimento de um questionário com as motivações para contar e para não contar, referidas de um modo mais sistemático nos estudos consultados.

Com base nos resultados dos estudos qualitativos, foram elaborados 34 itens iniciais, tendo sido eliminados alguns destes por demonstrarem ambiguidade, e agregados outros, por apresentarem conteúdo semelhante. Para efeitos de avaliação da compreensibilidade dos itens do QMRDG este foi analisado por três investigadores com formação em psicologia e experiência na área do desenvolvimento de instrumentos de autorresposta, sendo que dois deles acumulam também experiência clínica e de investigação na área da infertilidade. Estes peritos sugeriram ligeiras alterações no modo como se encontravam redigidos alguns dos itens. Para além disso, a compreensibilidade dos itens foi também testada na amostra de 21 participantes que preenchiam os critérios de inclusão no estudo. Assim, resultaram numa fase final, 11 itens correspondentes a aspetos considerados para a decisão de revelar a origem não genética e 9 itens referentes a aspetos associados à decisão de não revelar. Uma terceira componente

deste questionário engloba a totalidade dos itens e dirige-se a pessoas que não tenham ainda tomado uma decisão, independentemente de já terem sido pais por esta via ou de o poderem vir a ser. Os diferentes itens são respondidos numa escala de 5 pontos, indo de 1 (Discordo totalmente) a 5 (Concordo totalmente), sendo solicitada a indicação do grau de concordância relativamente a tratar-se de uma razão importante para a decisão.

Assim, consoante à tomada de decisão do casal, o participante respondeu a uma componente específica do questionário: no caso dos casais que contaram, estes responderam à componente referente às razões apontadas pela literatura que levam a que o casal conte, no caso dos casais que não tinham contado por não quererem que o(a) filho(a) soubesse responderam à componente referente às razões apontadas para que o casal tome esta decisão e, por último, no caso dos casais que ainda não tinham contado devido à idade da criança ou por se encontrarem indecisos, responderam à componente do questionário que incluía razões para revelar e razões para não revelar.

Para efeitos de recrutamento dos participantes, foi contactada a Associação Portuguesa de Fertilidade (APFertilidade) com o intuito de solicitar a esta associação a colaboração na divulgação do estudo. A APFertilidade respondeu favoravelmente e procedeu à divulgação do estudo através do fórum constante da sua página web, rede social Facebook e newsletter enviada aos associados. Nesta sequência, os participantes tiveram conhecimento do estudo através da divulgação realizada pela APFertilidade. Nesta divulgação eram apresentados o âmbito e objetivos do estudo, assegurado o anonimato e confidencialidade dos dados e indicado o carácter voluntário da participação, sendo explicitado que poderiam desistir em qualquer momento. Era igualmente disponibilizado um link de acesso a uma plataforma online, na qual era solicitado o consentimento informado, condição obrigatória para prosseguir com o preenchimento dos instrumentos de autorresposta.

O presente estudo teve como critério de inclusão idade superior a 18 anos e a realização prévia de tratamentos de infertilidade com recurso a doação de gâmetas dos quais tivesse nascido uma criança.

Análise estatística

A análise estatística dos dados foi realizada por recurso ao software SPSS Statistics (v.23; IBM SPSS Statistics). Para efeitos de descrição da amostra recorreu-se ao cálculo de médias e desvios-padrão para as variáveis contínuas e de frequências e respetivas percentagens para as variáveis categoriais. No que respeita às variáveis que compuseram o QMRDG, foram também calculadas as frequências e respetivas percentagens. Com o objetivo de avaliar a confiabilidade do instrumento recorreu-se ainda à análise da consistência interna através do alfa de Cronbach.

RESULTADOS

Estudo da compreensibilidade dos itens e da confiabilidade

A estrutura do QMRDG, quer em termos de construção quer em termos de formato, procurou elencar itens que traduzissem os principais motivos subjacentes à decisão de revelar/não revelar a parentalidade não-genética reportados na literatura (este procedimento encontra-se descrito no ponto relativo aos procedimentos do presente trabalho). Decorrente deste processo de desenvolvimento dos itens, considerou-se que estes se apresentavam em concordância com os objetivos do instrumento.

Nenhum dos participantes reportou a existência de ambiguidade nos itens, falta de clareza ou dificuldade em responder. No mesmo sentido, não se verificaram indicações de que as instruções para o preenchimento suscitassem dúvidas.

Ainda no que se refere à compreensibilidade dos itens foram tidos em consideração a adequação do português usado na formulação dos itens, bem como elementos relativos à apresentação gráfica destes na plataforma da recolha de dados (e.g. espaçamento entre as linhas, formato de resposta de fácil compreensão e atratividade da plataforma).

O QMRDG demonstrou uma consistência interna de 0,87 para a parte dirigida aos pais que contaram às crianças e 0,86 para a parte dirigida aos pais que decidiram não contar.

Estudo exploratório das motivações subjacentes ao processo de tomada de decisão

Face à decisão dos pais de contar ou não contar às crianças a origem da sua conceção, quatro pais referiram que contaram, cinco referiram a decisão de não contar à criança e 12 referiram ainda não ter contado à criança, de entre os quais sete (58%) pelo facto de a criança ser muito pequena e cinco (42%) por não terem ainda decidido se vão

ou não contar (Tabela 3). Relativamente à decisão de contar à criança, a idade da criança quando a divulgação ocorreu variou entre os 3 e os 5 anos, com $M = 3,75$ e $DP = 0,96$.

Tabela 3

Conhecimento da Criança da Origem da sua Conceção

	n	%
A criança sabe da origem da sua conceção		
Sim	4	19,0
Não, decidimos não contar	5	23,8
Não, ainda não lhe contamos	12	57,1

As frequências relativas ao processo de tomada de decisão encontram-se na Tabela 4. Tendo em conta a escala de resposta e considerando as respostas “Concordo” e “Concordo totalmente” como sendo as respostas que indicam uma maior identificação dos participantes com a motivação, relativamente ao acordo entre o casal no processo de tomada de decisão, dos pais que já contaram 50% dos participantes refere ter havido concordância entre o casal na decisão, contra 60% dos pais que decidiram não contar.

Relativamente a este ter sido um assunto sobre o qual o casal refletiu em conjunto, 50% dos pais que já contaram referem a existência de reflexão em conjunto, contra 60% dos pais que decidiram não contar.

Face à tomada de decisão como correspondendo a um processo difícil, 25% dos pais que decidiram contar indicam-na como tal, contra 80% dos pais que decidiram não contar.

Relativamente ao modo como os pais contaram às crianças, 100% indicam “concordo plenamente” com a afirmação “Contar ao vosso filho foi um processo gradual, ou seja, foram reveladas diferentes partes em diferentes momentos”.

Tabela 4

Frequências do Processo de Tomada de Decisão

	Discordo totalmente		Discordo		Nem concordo nem discordo		Concordo		Concordo plenamente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim (n = 4)										
1. Houve acordo entre o casal	2	50	—	—	—	—	—	—	2	50
2. Tratou-se de um assunto sobre o qual o casal refletiu em conjunto	2	50	—	—	—	—	—	—	2	50
3. Tratou-se de uma decisão difícil	1	25	2	50	—	—	1	25	—	—
4. Contar ao vosso filho foi um processo gradual, ou seja, foram reveladas diferentes partes em diferentes momentos	—	—	—	—	—	—	—	—	4	100
Não, decidimos não lhe contar (n = 5)										
1. Houve acordo entre o casal	2	40	—	—	—	—	—	—	3	60
2. Tratou-se de um assunto sobre o qual o casal refletiu	1	20	—	—	1	20	1	20	2	40
3. Tratou-se de uma decisão difícil	1	20	—	—	—	—	—	—	4	80

Notas: 1. Houve acordo entre o casal; 2. Tratou-se de um assunto sobre o qual o casal refletiu em conjunto; 3. Tratou-se de uma decisão difícil; 4. Contar ao vosso filho foi um processo gradual, ou seja, foram reveladas diferentes partes em diferentes momentos.

A Tabela 5 apresenta as frequências e respetivas percentagens das motivações dos pais para contarem às crianças a origem da sua conceção com recurso a gâmetas de dador ($n = 4$). A partir da soma das frequências pelos itens “Concordo Totalmente” e “Concordo”, os motivos que mais influenciaram a tomada de decisão dos pais foram os motivos 1. *Não tínhamos razões para omitir, sempre foi claro contar ao(a) nosso(a) filho(a) como ele(a) tinha sido concebido(a)*, ($n = 4$), 3. *Consideramos que devemos ser tão honestos quanto possível, valorizamos a*

abertura e a honestidade no seio familiar, ao não contar estaríamos a ser desonestos com o(a) nosso(a) filho(a) ($n = 4$), 4. *Todos temos o direito de conhecer as nossas origens, esta informação faz parte da história do(a) nosso(a) filho(a)*, ($n = 4$) e 7. *Consideramos que a transparência ajuda a que o(a) nosso(a) filho(a) se sinta seguro(a) e confiantes no seio familiar* ($n = 4$). De entre as motivações anteriormente mencionadas, denota-se a motivação 3 com uma menor variabilidade, sendo que todos os participantes referem “concordar totalmente” com esta afirmação.

Tabela 5

Frequências das Motivações para Contar à Criança ($n = 4$)

QMRDG	Discordo totalmente		Discordo		Nem discordo nem concordo		Concordo		Concordo totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Item 1	—	—	—	—	—	—	2	50	2	50
Item 2	1	25	1	25	1	25	1	25	1	25
Item 3	—	—	—	—	—	—	—	—	4	100
Item 4	—	—	—	—	—	—	1	25	3	75
Item 5	1	25	—	—	—	—	—	—	3	75
Item 6	—	—	—	—	1	25	1	25	2	50
Item 7	—	—	—	—	—	—	1	25	3	75
Item 8	—	—	1	25	2	50	—	—	1	25
Item 9	2	50	1	25	1	25	—	—	—	—
Item 10	—	—	1	25	1	25	—	—	2	50
Item 11	—	—	1	25	1	25	1	25	1	25

Na Tabela 6, encontram-se apresentadas as frequências e respetivas percentagens das motivações que estiveram na base da tomada de decisão dos pais ($N = 5$) para não contarem às crianças a origem da sua conceção com gâmetas de dador. A motivação que mais influenciou o processo de tomada de decisão foi a motivação 2. *Esta informação diz respeito a algo puramente genético* ($n = 4$), apresentando esta uma menor variabilidade nas respostas. Para além desta motivação, as motivações 5. *Contar poderia ser prejudicial para o(a)*

nosso(a) filho(a), ele(a) não iria compreender o processo de doação e poderia ficar confuso(a) ($n = 4$), 6. *Não queremos que o(a) nosso(a) filho(a) sinta que eu/meu companheiro(a) não sou/é pai/mãe dele(a) e me/o rejeite* ($n = 4$) e 7. *Não queremos prejudicar a relação que o nosso filho tem connosco. Temos medo que contar possa ter um impacto negativo nessa relação*, ($n = 4$) foram também motivações que apresentaram frequências superiores nas possibilidades de resposta “Concordo” e “Concordo Totalmente”.

Tabela 6

Frequências das Motivações Para Não Contar à Criança ($n = 5$)

QMRDG	Discordo totalmente		Discordo		Nem discordo nem concordo		Concordo		Concordo totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Item 1	—	—	—	—	1	20	1	20	3	60
Item 2	—	—	—	—	—	—	1	20	4	80
Item 3	—	—	1	20	1	20	—	—	3	60
Item 4	1	20	1	20	1	20	—	—	2	40
Item 5	—	—	—	—	1	20	1	20	3	60
Item 6	1	20	—	—	—	—	1	20	3	60
Item 7	1	20	—	—	—	—	1	20	3	60
Item 8	2	40	1	20	1	20	—	—	1	20
Item 9	—	—	1	20	—	—	2	40	2	40

A Tabela 7 apresenta as motivações que se encontram no presente momento a influenciar a decisão dos pais que ainda não contaram às crianças a origem da

sua conceção ($n = 12$), ou por estas serem ainda muito pequenas ($n = 7$) ou por ainda não terem decidido se vão ou não fazê-lo ($n = 5$).

Tabela 7

Frequências das Motivações que Estão a Influenciar o Processo de Tomada de Decisão (n = 12)

QMRDG	Discordo totalmente		Discordo		Nem discordo nem concordo		Concordo		Concordo totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Item 1	—	—	1	8,3	2	16,7	6	50	3	25
Item 2	8	66,7	2	16,7	1	8,3	—	—	1	8,3
Item 3	1	8,3	1	8,3	2	16,7	4	33,3	4	33,3
Item 4	—	—	2	16,7	2	16,7	2	16,7	6	50
Item 5	4	33,3	3	25	3	25	2	16,7	—	—
Item 6	2	16,7	1	8,3	6	50	3	25	—	—
Item 7	2	16,7	2	16,7	2	16,7	4	33,3	2	16,7
Item 8	5	41,7	4	33,3	—	—	2	16,7	1	8,3
Item 9	4	33,3	3	25	2	16,7	2	16,7	1	8,3
Item 10	5	41,7	2	16,7	1	8,3	2	16,7	2	16,7
Item 11	3	25	2	16,7	1	8,3	3	25	3	25
Item 12	—	—	—	—	—	—	5	41,7	7	58,3
Item 13	5	41,7	4	33,3	3	25	—	—	—	—
Item 14	—	—	—	—	2	16,7	5	41,7	5	41,7
Item 15	3	25	5	41,7	2	16,7	2	16,7	—	—
Item 16	2	16,7	4	33,3	2	16,7	4	33,3	—	—
Item 17	3	25	4	33,3	1	8,3	2	16,7	2	16,7
Item 18	—	—	1	8,3	3	25	4	33,3	4	33,3
Item 19	2	16,7	2	16,7	1	8,3	3	25	4	33,3
Item 20	—	—	1	8,3	3	25	5	41,7	3	25

Partindo da soma das frequências dos pontos “Concordo totalmente” e “Concordo” da escala utilizada, obtiveram-se as motivações que mais se encontram a influenciar a decisão destes pais sendo estas as motivações 12. Consideramos que a transparência ajuda a que o(a) nosso(a) filho(a) se sinta segundo e confiante no seio familiar (n = 12), 14. Todos temos o direito de conhecer as nossas origens, esta informação faz parte da história do(a) nosso(a) filho(a) (n = 10) e 1. Consideramos que devemos ser tão honestos quanto possível, valorizamos a abertura e a honestidade no seio familiar, ao não contar estaríamos a ser desonestos com o(a) nosso(a) filho(a) (n = 9). Para além destas as motivações 3. Os segredos na família podem ser muito prejudiciais, manter este segredo implicaria um grande esforço a nível comportamental e emocional (n = 8), 4. Esta informação diz respeito a algo puramente genético (n = 8), 18. Quisemos evitar que o(a) nosso(a) filho(a) soubesse por outros, considerámos que devíamos ser nós a contar porque já muitas pessoas sabiam (n = 8) e 20. Não tínhamos razões para omitir, sempre foi claro contar ao(a) nosso(a) filho(a) como ele(a) tinha sido concebido(a) (n = 8) apresentaram também elevadas frequências. No entanto, nestes itens existiu uma maior variabilidade de respostas.

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como principal objetivo o desenvolvimento do Questionário de Motivações para Revelar/Não Revelar a Parentalidade não Genética por Doação de Gâmetas (QMRDG). Paralelamente foram exploradas as motivações mais indicadas consoante a

situação de ter já revelado, ter decidido não o fazer ou de indecisão.

O QMRDG pretende possibilitar o estudo das motivações que mais influenciam o processo de tomada de decisão dos pais que recorrem a gâmetas de dador, em contar às crianças o modo como estas foram concebidas. Como mencionado anteriormente, a grande maioria dos estudos realizados nesta área são de natureza qualitativa, pelo que recorrem fundamentalmente à entrevista como metodologia de recolha de dados. Neste contexto, considerou-se relevante poder ter disponível uma ferramenta que, de um modo mais sistematizado, possibilitasse a abordagem destas motivações, por exemplo, no âmbito do apoio psicológico de casais com indicação para utilização de esperma ou ovócitos de dadores. Atendendo a que o acompanhamento destes casais constitui um importante campo da ação da psicologia no contexto da infertilidade (Domar, 2015), consideramos que o QMRDG constitui um contributo, não apenas para a identificação das motivações, mas também como um possível ponto de partida para a abordagem do tema, estimulando a comunicação entre o casal. Com efeito, a literatura tem sugerido que este deverá ser um tópico introduzido no decorrer do processo de tratamento de reprodução medicamente assistida de forma a que o casal se vá familiarizando com as diferentes perspetivas possíveis e respetivo impacto que a decisão de revelar ou não possa ter para a família e para o desenvolvimento da criança. Tratando-se de uma decisão complexa, muitos destes casais referem a importância de obter a ajuda de um profissional e de contactar com outros casais que tenham tido o mesmo tipo de experiência (Petok, 2014).

O estudo da compreensibilidade dos itens revelou tratar-se de um instrumento composto por itens claros, de fácil compreensão, não tendo sido reportadas dificuldades na interpretação do conteúdo dos itens ou na sua leitura/aspecto gráfico.

No que respeita aos resultados obtidos na amostra, os pais parecem revelar um forte desejo de contar aos filhos a origem da sua conceção. Apesar de entre os 21 participantes apenas quatro terem revelado às crianças o modo como estas foram concebidas, os resultados referentes aos pais que ainda não contaram, pelo facto de a criança ser ainda muito pequena ou por ainda não terem decidido fazê-lo, mostram que as motivações com as quais mais se identificaram (respondendo “Concordo” ou “Concordo totalmente”) são referentes a motivações apontadas para contar à criança, corroborando o que é defendido pela literatura (e.g. Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2013). Assim, conclui-se que relativamente aos pais que ainda não contaram, estes têm intenção de contar, indo ao encontro de um estudo recente de Applegarth, Kaufman, Josephs-Sohan, Christos e Rosenwaks (2016), o qual concluiu que a maioria dos participantes contou às crianças ou, se ainda não contou, tem intenção de o fazer.

O processo de tomada de decisão de contar ou manter segredo, mostrou-se significativamente diferente entre os pais que contaram e os pais que decidiram não divulgar à criança a origem da sua conceção. Relativamente ao acordo entre o casal, os primeiros apresentam um menor grau de acordo, comparativamente aos segundos. Estes dados opõem-se aos que foram encontrados num estudo realizado com pais que recorreram a doação de ovócitos (Hahne Craft-Rosenberg, 2002). Apesar das diferenças não serem significativas entre os pais que decidiram contar e os pais que decidiram não o fazer, os pais que optaram por divulgar à criança apresentam maior acordo do que os pais que optaram por não divulgar (Hahne Craft-Rosenberg, 2002). Tais resultados poderão ser explicados pelo facto de, tal como refere Salter-Ling, Hunter e Glover (2001), o segredo em redor deste assunto ser difícil de manter. Assim, a ausência de acordo entre o casal poderia potenciar uma maior probabilidade de divulgação accidental.

Das motivações que mais influenciaram o processo de tomada de decisão dos nossos participantes que contaram à criança a origem da sua conceção, é possível identificar a honestidade como sendo a motivação que tem maior influência no processo de tomada de decisão, corroborando outros estudos que referem esta como sendo uma das razões mais apontadas pelos pais que tencionam revelar à criança a forma como foi concebida (Baccino et al., 2013; Lindblad et al., 2000; Readings et al., 2011; Sälevaara et al., 2013; Söderström-Anttila et al., 2010).

Num estudo com participantes recetoras de ovócitos, o qual inclui participantes que não contaram à criança e participantes que contaram à criança, os últimos apontam como motivação para contar o facto de privilegiarem a honestidade e autenticidade na relação com a criança (Hahne Craft-Rosenberg, 2002). De igual forma, num estudo com casais durante o tratamento de reprodução medicamente assistida, a motivação “honestidade acima de tudo” foi a segunda categoria de razões mais apontada pelos pais que tinham como intenção contar às crianças a origem da sua conceção (Baccino et al., 2013). Esta motivação está relacionada com uma das razões também com maior influência no processo de tomada de decisão: a defesa da transparência no seio familiar como forma da criança se sentir mais segura e confiante, permitindo um forte sentido de família, tal como é indicado por Hahn et. al (2002).

O direito de a criança conhecer as suas origens genéticas foi também uma das motivações que mais influenciou a tomada de decisão dos pais que contaram ao/à seu/sua filho/a a origem da sua conceção, corroborando o que é referido pela literatura ao longo dos anos (e.g. Blyth et al., 2010; Hahn, Sandra Jane; Craft-Rosenberg, 2002; Isaksson et al., 2016; Lalos et al., 2007; Murray Golombok, 2003). Num estudo levado a cabo em 2003 com famílias construídas com recurso à doação de ovócitos, 60% das mães referiram o desejo de contar à criança por considerarem que esta tem o direito de conhecer a verdade sobre as suas origens genéticas (Murray Golombok, 2003). De igual forma, um outro estudo recente refere “o direito da criança saber” como a base de muitos pais para a partilha de informação (Isaksson et al., 2016).

A motivação “Não tínhamos razões para omitir” foi também uma das que mais influenciou a tomada de decisão dos pais indo de encontro a uma das motivações também mais apontada por alguns estudos (e.g. Lindblad et al., 2000; Readings et al., 2011). Possivelmente, esta motivação poderá estar relacionada com a ausência de estigma associado à infertilidade, bem como com a diminuição de angústia em redor do tema “infertilidade” presente nestes casais, uma vez que, tal como refere Salter-Ling, Hunter, e Glover (2001), sentimentos não resolvidos sobre problemas de fertilidade podem tornar difícil para processar pensamentos e sentimentos sobre os aspetos específicos do recurso a gâmetas de dador e como dizer à criança. Por outro lado, estudos indicam diferenças estatisticamente significativas entre os pais que decidiram contar e os pais que decidiram não contar, apresentando os primeiros menor nível de estigma comparativamente com os segundos (Nachtigall et al., 1997).

Face à decisão de não contar, as decisões que mais tiveram influência na tomada de decisão dos estudos vão de encontro às motivações mais apontadas pela maioria dos pais nos estudos qualitativos. A motivação “Esta informação diz respeito a algo puramente genético” foi a motivação com a qual os pais mais se identificaram, corroborando um estudo de 2013 de Sälevaara et al., com pais finlandeses com recurso a doação de esperma. Neste estudo, 82 mães e 81 pais decidiram não contar à criança, sendo que 32,9% das mães e 39,5% a indicaram como razão geral “informação não é necessária” na qual se incluía a motivação “a informação é algo puramente genético”.

A motivação “Contar poderia ser prejudicial para o(a) nosso(a) filho(a), ele(a) não iria compreender o processo de doação e poderia ficar confuso(a)” foi também uma das motivações que demonstrou mais influenciar o processo de tomada de decisão da maioria dos pais, indo ao encontro de conclusões de outros estudos que indicam esta motivação como sendo referida por vários pais (Lalos et al., 2007; Lycett et al., 2005; Murray Golombok, 2003; Readings et al., 2011; Sälevaara et al., 2013; Söderström-Anttila et al., 2010). Como forma de proteção da criança, esta é a motivação mais apontada num estudo de Murray e Golombok (2003), com 75% dos pais a indicarem esta como a razão para não contar às crianças o seu modo de conceção. De igual forma, em estudos mais recentes (Sälevaara et al., 2013; Söderström-Anttila et al., 2010), esta surge como a segunda motivação mais apontada pelos pais.

Para além das duas motivações anteriormente referidas, a motivação “Não queremos que o(a) nosso(a) filho(a) sinta que eu/meu companheiro(a) não sou/é pai/mãe dele(a) e me/o rejeite”, foi também uma das motivações com maior frequência reportada, o que nos indica que a maior parte dos pais indica esta como uma motivação com a qual “Concorda” ou “Concorda totalmente”, corroborando outros estudos que indicam esta como uma motivação comumente referida pelos pais (Lycett et al., 2005; Murray Golombok, 2003).

Na mesma linha de raciocínio encontramos a motivação “Não queremos prejudicar a relação que o nosso filho tem connosco. Temos medo que contar possa ter um impacto negativo nessa relação”. Esta foi também uma das motivações identificada pelos pais como correspondendo a uma motivação com a qual concordam ou concordam totalmente, tal como é concluído noutros estudos como o de Laruelle et al., (2011) no qual esta motivação foi a terceira mais indicada pelos pais, ou de Lycett et al., (2005).

Face às consequências negativas da não-divulgação, bem como da ausência de consequências negativas da divulgação referidas anteriormente, há evidências que comprovam que as questões relacionadas com a

divulgação e o sigilo são de longo alcance e que o sigilo total é difícil de manter (Salter-Ling et al., 2001). Assim, face à diversidade de respostas encontradas neste estudo, considera-se de extrema importância o devido acompanhamento por profissionais capacitados no processo de tratamento com gâmetas de dador, como forma de auxiliar os pais nesta decisão, ponderando as motivações a favor e contra contar à criança a natureza da sua conceção. Tal como refere McGee, Brakman, e Gurmankin (2001) “as informações disponíveis sobre a divulgação devem ser incluídas como parte da informação e aconselhamento que os casais recebem durante o processo de tratamento de fertilidade” (p. 2035).

Ainda que o QMRDG tenha possibilitado, ainda que de forma exploratória, ter uma ideia acerca das motivações de pais portugueses, os resultados têm que ser lidos com alguma cautela, face a limitações metodológicas. A amostra deste estudo é de dimensão reduzida e integrou fundamentalmente sujeitos do sexo feminino, impossibilitando, por exemplo, a exploração de eventuais diferenças entre sexos. Ainda assim, esta maior participação das mulheres vai ao encontro do reportado em vários estudos nesta área, que apresentam maioritariamente participantes femininos (e.g. Hunter et al., 2000; Isaksson et al., 2016; Klocke Greenfeld, 2004; Readings et al., 2011; Sälevaara et al., 2013). Por outro lado, este estudo incluiu uma heterogeneidade de tipos de infertilidade o que por si só constitui uma barreira para analisar a implicação do tipo de infertilidade com as variáveis estudadas, devido à reduzida amostra. De referir também que a média das idades das crianças foi inferior a quatro anos, o que implica que a maior parte não tenha, pelo menos por enquanto, conhecimento da sua conceção.

Deste modo, propõem-se a realização de novas investigações com um tamanho de amostra superior e com uma maior diversidade da amostra relativamente ao sexo, bem como a realização de estudos com uma faixa etária de crianças mais abrangente, uma vez que diferentes etapas desenvolvimentais pressupõem diferentes implicações, o que poderá levar à mudança de decisão ou de motivações dos pais.

CONCLUSÃO

Em virtude dos resultados obtidos, e tendo em conta o objetivo principal do presente estudo, parece-nos que o QMRDG constitui um instrumento cujos itens se revelam de fácil compreensibilidade. Ainda assim, estudos futuros deverão ter em conta a continuidade desta análise não sendo obviamente excluída a possibilidade de ser melhorado. De realçar que o seu uso num contexto clínico poderá ser operacionalizado através do recurso a um

suporte de papel pelo que se revela oportuno a análise de elementos como a legibilidade da impressão, espaçamento entre linhas e atratividade do papel.

No entanto, atendendo a que se trata de um instrumento destinado fundamentalmente a uma utilização no âmbito da clínica, parece-nos tratar-se de um contributo importante para o acompanhamento de casais que recorram a gâmetas de dador, vindo colmatar a inexistência de ferramentas para este efeito.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem à Associação Portuguesa de Fertilidade pela colaboração na divulgação do estudo e aos participantes pela sua disponibilidade em partilhar as suas motivações.

Conflito de interesses | Conflict of interest: nenhum | none.

Fontes de financiamento | Funding sources: nenhuma | none.

REFERÊNCIAS

- Applegarth, L. D., Kaufman, N. L., Josephs-Sohan, M., Christos, P. J.e Rosenwaks, Z. (2016). Parental disclosure to offspring created with oocyte donation: intentions versus reality. *Human Reproduction*, 0(0), 1–7. <http://doi.org/10.1093/humrep/dew125>
- Baccino, G., Salvadores, P.e Hernández, E. R. (2013). Disclosing their type of conception to offspring conceived by gamete or embryo donation in Spain. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(1), 83–95. <http://doi.org/10.1080/02646838.2013.853171>
- Benward, J. (2015). Disclosure: Helping families about assisted reproduction. Em *Fertility Counselling: Clinical guide and case studies* (Sharon N. , pp. 252–264). Cambridge University Press.
- Blake, L., Jadva, V.e Golombok, S. (2014). Parent psychological adjustment, donor conception and disclosure: a follow-up over 10 years. *Human Reproduction*, 29(11), 2487–2496. <http://doi.org/10.1093/humrep/deu231>
- Blyth, E., Langridge, D.e Harris, R. (2010). Family building in donor conception: parents' experiences of sharing information. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(2), 116–127. <http://doi.org/10.1080/02646830903295018>
- Campus, B. (2011). Helping Couples Through the Crisis of Infertility. *Psicologica*.
- Carvalho, J.e Santos, A. (2009). Estudo AFRODITE - Caracterização da infertilidade em Portugal [AFRODITE study - Characterization of infertility in Portugal].
- Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida. (2015). *Relatório: Atividade desenvolvida pelos centros de PMA em 2013* [Report: Activity developed by ART centers in 2013]. Lisboa.
- Cousineau, T. M.e Domar, A. D. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice Research Clinical Obstetric Gynaecology*, 21(2), 293–308. <http://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.12.003>
- Daniels, K. R., Grace, V. M.e Gillett, W. R. (2011). Factors associated with parents' decisions to tell their adult offspring about the offspring's donor conception. *Human Reproduction*, 26(10), 2783–2790. <http://doi.org/10.1093/humrep/der247>
- Datta, J., Palmer, M. J., Tanton, C., Gibson, L. J., Jones, K. G., Macdowall, W., ... Wellings, K. (2016). Prevalence of infertility and help seeking among 15 000 women and men. *Human Reproduction*, 0(0),1-11. <http://doi.org/10.1093/humrep/dew123>
- Decreto de Lei nº 32/2006 de 26 de Julho do Ministério da Saúde, Pub. L. No. Diário da República: I série, nº 143 (2006).
- Deka, P.e Sarma, S. (2010). Psychological aspects of infertility. *British Journal of Medical Practitioners*, 3(3), 32–33.
- Domar, A. D. (2015). Creating a collaborative model of mental health counseling for the future. *Fertility and Sterility*, 104(2), 277–280. <http://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.05.026>
- Domar, A., Gordon, K., Garcia-Velasco, J., La Marca, A., Barriere, P.e Beligotti, F. (2012). Understanding the perceptions of and emotional barriers to infertility treatment: A survey in four European countries. *Human Reproduction*, 27(4), 1073–1079. <http://doi.org/10.1093/humrep/deso16>
- Dorothy, A., Greenfeld, M.e Klock, S. (2004). Disclosure decisions among known and anonymous oocyte donation recipients. *Fertility and Sterility*, 81(6), 1565–1571. <http://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2003.10.041>
- Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2004). Informing offspring of their conception by gamete donation. *Fertility and Sterility*, 81(3), 527–31. <http://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2003.11.011>
- Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2013). Informing offspring of their conception by gamete or embryo donation: A committee opinion. *Fertility and Sterility*, 100(1), 45–49. <http://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.02.028>
- Fertility Counseling. (2015). Disclosure: Helping families talk about assisted reproduction. In *Clinical Guida and Case Studies* (pp. 252–263).
- Freeman, T.e Golombok, S. (2012). Donor insemination: A follow-up study of disclosure decisions, family relationships and child adjustment at adolescence. *Reproductive BioMedicine Online*, 25(2), 193–203. <http://doi.org/10.1016/j.rbmo.2012.03.009>
- Golombok, S., Blake, L., Casey, P., Roman, G.e Jadva, V. (2013). Children born through reproductive donation: A longitudinal study of psychological adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 54(6), 653–660. <http://doi.org/10.1111/jcpp.12015>
- Greil, A., McQuillan, J.e Slauson-Blevins, K. (2011). The Social Construction of Social Construction. *Qualitative Sociology*, 736–746. <http://doi.org/10.1080/135017699343450>
- Greil, A., Slauson-Blevins, K.e McQuillan, J. (2010). The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociology of Health and Illness*, 32(1), 140–162. <http://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01213.x>
- Hahn, S. J.e Craft-Rosenberg, M. (2002). The disclosure decisions of parents who conceive children using donor eggs. *Jogann*, 31(3), 283–293.
- Hargreaves, K.e Daniels, K. (2007). Parents dilemmas in sharing donor insemination conception stories with their children. *Childrene Society*, 21(6), 420–431. <http://doi.org/10.1111/j.1099-0860.2006.00079.x>
- Hershberger, P., Klock, S. C.e Barnes, R. B. (2007). Disclosure decisions among pregnant women who received donor oocytes: a phenomenological study. *Fertility and Sterility*, 87(2), 288–296. <http://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2006.06.036>
- Hunter, M., Salter-Ling, N.e Glover, L. (2000). Donor insemination: Telling children about their origins. *Child Psychology and Psychiatry*, 5(4), 157–163. <http://doi.org/10.1017/S1360641700002355>
- Indekeu, A., Dierickx, K., Schotsmans, P., Daniels, K. R., Rober, P.e D'Hooghe, T. (2013). Factors contributing to parental decision-making in disclosing donor conception: a systematic review. *Human Reproduction Update*, 19(6), 714–733. <http://doi.org/10.1093/humupd/dmt018>
- Isaksson, S., Skoog-Svanberg, A., Sydsjö, G., Linell, L.e Lampic, C. (2016). It takes two to tango: information-sharing with offspring among heterosexual parents following identity-release sperm donation. *Human Reproduction*, 31(1), 1–8. <http://doi.org/10.1093/humrep/dev293>
- Isaksson, S., Sydsjö, G., Skoog-Svanberg, A.e Lampic, C. (2012). Disclosure behaviour and intentions among 111 couples following treatment

- with oocytes or sperm from identity-release donors: follow-up at offspring age 1-4 years. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 27(10), 2998–3007. <http://doi.org/10.1093/humrep/des285>
- Klock, S. C.e Greenfeld, D. A. (2004). Parents' knowledge about the donors and their attitudes toward disclosure in oocyte donation. *Human Reproduction*, 19(7), 1575–1579. <http://doi.org/10.1093/humrep/deh289>
- Lalos, A., Gottlieb, C.e Lalos, O. (2007). Legislated right for donor-insemination children to know their genetic origin: A study of parental thinking. *Human Reproduction*, 22(6), 1759–1768. <http://doi.org/10.1093/humrep/dem063>
- Laruelle, C., Place, I., Demeestere, I., Englert, Y.e Delbaere, A. (2011). Anonymity and secrecy options of recipient couples and donors, and ethnic origin influence in three types of oocyte donation. *Human Reproduction*, 26(2), 382–90. <http://doi.org/10.1093/humrep/deq346>
- Lindblad, F., Gottlieb, C.e Lalos, O. (2000). To tell or not to tell-what parents think about telling their children that they were born following donor insemination. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 21(December), 193–203. <http://doi.org/10.3109/01674820009085588>
- Lycett, E., Daniels, K., Curson, R.e Golombok, S. (2004). Offspring created as a result of donor insemination: A study of family relationships, child adjustment, and disclosure. *Fertility and Sterility*, 82(1), 172–179. <http://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2003.11.039>
- Lycett, E., Daniels, K., Curson, R.e Golombok, S. (2005). School-aged children of donor insemination: a study of parents' disclosure patterns. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 20(3), 810–819. <http://doi.org/10.1093/humrep/deh703>
- Lykeridou, K., Gourounti, K., Deltidou, A., Loutradis, D.e Vaslamatzis, G. (2009). The impact of infertility diagnosis on psychological status of women undergoing fertility treatment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(3), 223–237. <http://doi.org/10.1080/02646830802350864>
- Mascarenhas, M. N., Flaxman, S. R., Boerma, T., Vanderpoel, S.e Stevens, G. A. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence Since 1990: A systematic analysis of 277 health surveys. *PLoS Medicine*, 9(12), 1–12. <http://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001356>
- McGee, G., Brakman, S. V.e Gurmankin, A. (2001). Gamete donation and anonymity: disclosure to children conceived with donor gametes should be optional. *Human Reproduction*, 16(10), 2036–2038.
- Murray, C.e Golombok, S. (2003). To tell or not to tell: The decision-making process of egg-donation parents. *Human Fertility*, 6(2), 89–95. <http://doi.org/10.1080/1464770312331369123>
- Nachtigall, R. D., Becker, G., Quiroga, S. S.e Tschann, J. M. (1998). The disclosure decision: concerns and issues of parents of children conceived through donor insemination. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 178(6), 1165–1170. [http://doi.org/10.1016/S0002-9378\(98\)70318-7](http://doi.org/10.1016/S0002-9378(98)70318-7)
- Nachtigall, R., Pitcher, L., Tschann, J., Becker, G.e Quiroga, S. (1997). Stigma, disclosure, and family functioning among parents of children conceived through donor insemination. *Fertility and Sterility*, 68(1), 83–89. [http://doi.org/10.1016/S0015-0282\(97\)81480-X](http://doi.org/10.1016/S0015-0282(97)81480-X)
- Petok, W. D. (2014). Sperm donation: Psychological aspects. In *Third-Party reproduction: A comprehensive guide* (Springer). New York: Springer.
- Ramazanadeh, Z., Nourbala, A., Abedinia, N.e Naghizadeh, M. (2009). Emotional Adjustment in Infertile Couples. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 7(3), 97–103.
- Readings, J., Blake, L., Casey, P., Jadva, V.e Golombok, S. (2011). Secrecy, disclosure and everything in-between: decisions of parents of children conceived by donor insemination, egg donation and surrogacy. *Reproductive Biomedicine Online*, 22(5), 485–495. <http://doi.org/10.1016/j.rbmo.2011.01.014>. Secrecy
- Sälevaara, M., Suikkari, A.-M.e Söderström-Anttila, V. (2013). Attitudes and disclosure decisions of Finnish parents with children conceived using donor sperm. *Human Reproduction*, 28(10), 2746–2754. <http://doi.org/10.1093/humrep/det313>
- Salter-Ling, N., Hunter, M.e Glover, L. (2001). Donor insemination: Exploring the experience of treatment and intention to tell. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 19(3), 175–186. <http://doi.org/10.1080/02646830120073198>
- Santos, T.e Moura-Ramos, M. (2010). As técnicas de procriação medicamente assistida [The medically assisted reproductive techniques]. Em *Esterilidade e procriação medicamente assistida [In sterility and medically assisted reproductive]* (pp. 79–99). Coimbra: Coimbra University Press.
- Söderström-Anttila, V., Sälevaara, M.e Suikkari, A.- M. (2010). Increasing openness in oocyte donation families regarding disclosure over 15 years. *Human Reproduction*, 25(10), 2535–2542. <http://doi.org/10.1093/humrep/deq194>
- van den Akker, O. (2001). The acceptable face of parenthood: The relative status of biological and cultural interpretations of offspring in infertility treatment. *Psychology, Evolution Gender*, 3(2), 137–153. <http://doi.org/10.1080/14616660110067366>
- Yazdani, F., Kazemi, A.e Ureizi-samani, H. R. (2016). Studying the Relationship between the Attitude to Infertility and Coping Strategies in Couples Undergoing Assisted Reproductive Treatments. *Journal of Reproductive Infertility*, 17(1), 56–60.
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., ... Vanderpoel, S. (2009). International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009. *Fertility and Sterility*, 92(5), 1520–1524. <http://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.09.009>