

MESTRADO EM PSICOLOGIA
PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

“Não somos só mais um número”: a
perceção dos pacientes em relação à
comunicação médico-paciente na transição
para a doação de gâmetas
Ana Rita Andrade Nogueira

M

2022



Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**“NÃO SOMOS SÓ MAIS UM NÚMERO”: A PERCEÇÃO DOS PACIENTES EM
RELAÇÃO À COMUNICAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NA TRANSIÇÃO PARA A
DOAÇÃO DE GÂMETAS**

Ana Rita Andrade Nogueira

Outubro de 2022

Dissertação apresentada no Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde,
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do
Porto, orientada pela Professora Doutora *Mariana Veloso Martins*
(FPCEUP).

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Agradecimentos

À Professora Doutora Mariana Veloso Martins pela orientação e auxílio.

*A todos os participantes pelo altruísmo de partilharem histórias tão pessoais,
permitindo a concretização deste projeto.*

*Aos meus pais por me fornecerem sempre todos os meios, recursos e apoio
necessários.*

*Aos meus amigos, por me fazerem acreditar no meu potencial mesmo quando o
ceticismo e autossabotagem tomam conta de mim.*

Abstract

Infertility is known for its emotional charge. Around one third of couples going through fertility treatments tend to abandon them because of the emotional distress. Although Shared Decision Making is recognized as the most adequate model to be used in medical encounters, and there is vast evidence that an effective communication between doctors and patients can improve patient's adaptation to certain treatments, there's still scarce evidence about how this process occurs within the medically assisted reproduction (MAR) context.

To comprehend how doctor-patient communication happens within the context of MAR, as well as to get to know what is lacking, nine participants who transitioned from autologous cycles to treatments using third-party reproduction were interviewed (one couple, one man, seven woman). The interviews were transcribed and categorized through NVivo software based on the Grounded Theory guidelines. Results revealed that all patients had been or were being followed in private settings, but almost all had at least one prior experience in the public national health system, giving us perspectives about both contexts. It was concluded that what participants most value within fertility treatment contexts and incommunication with their health providers is receiving the larger quantity of information as possible about their situation and about treatments and possible consequences in general, emotional support, and a personalized treatment in contrast with a standardized one.

The present findings will enrich the literature about communication between patients and clinicians, providing primary knowledge in how to implement the shared decision within transition fertility treatments.

Key words: Infertility, Shared Decision Making, Communication, Gamete donation

Resumo

A infertilidade é conhecida pela elevada carga emocional, sendo esta tida como motivo de abandono dos tratamentos de fertilidade por cerca de um terço dos casais. Embora a Tomada de Decisão Partilhada seja reconhecida como o modelo que mais se adequa aos tratamentos médicos, podendo a boa comunicação médico-paciente melhorar a adaptação dos pacientes aos tratamentos, ainda pouco se sabe como esta ocorre dentro do contexto da Procriação Medicamente Assistida (PMA).

Para procurar compreender como ocorre a comunicação médico-paciente dentro da PMA, bem como o que está em falha, foram entrevistados 9 participantes (1 casal, 1 homem e 7 mulheres) que haviam transitado de tratamentos de PMA com recurso a gâmetas próprios para gâmetas doados. A nossa amostra realizou, ou encontra-se a realizar, os tratamentos no sistema privado, mas a sua maioria teve pelo menos um primeiro contacto no Sistema Nacional de Saúde (SNS), o que nos fornece perspetivas sobre ambos os contextos. As entrevistas foram transcritas e categorizadas através do software NVivo, e com base nas *guidelines da Grounded Theory*.

Concluiu-se que aquilo que os participantes mais valorizam e procuram é o fornecimento de maior quantidade possível de informação sobre o seu caso em específico e sobre os tratamentos e suas consequências no geral, o apoio emocional e um tratamento personalizável ao invés de um estandardizado.

Os resultados aqui obtidos permitirão enriquecer a literatura acerca da comunicação médico-paciente, fornecendo conhecimento primário em como implementar a tomada de decisão partilhada na transição para a doação de gâmetas.

Palavras-chave: Infertilidade, Tomada de Decisão Partilhada, Comunicação, Doação de gâmetas

1. Introdução

1.1. Infertilidade

A infertilidade consiste, do ponto de vista clínico, na incapacidade de alcançar uma gravidez através de relações sexuais frequentes e desprotegidas ao fim de 12 meses, ou de 6 meses se a mulher tiver 35 anos, ou mais (Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2013; Zegers-Hochschild et al., 2009). Do ponto de vista demográfico, a infertilidade refere-se à incapacidade de uma mulher sexualmente ativa dar à luz um nado vivo 5 anos após ter iniciado relações desprotegidas (Larsen, 2005). Já do ponto de vista sociológico, constitui um processo que se inicia quando o casal começa a conceptualizar as suas tentativas falhadas de engravidar como um problema (Greil et al., 2010).

Embora 95% dos jovens adultos europeus tenham a parentalidade como um objetivo, Boivin e colaboradores (2007) concluíram que, aproximadamente, 1 em cada 10 casais é infértil, enfrentando um não-acontecimento que implica mudanças significativas na rede social e subsequente realidade sociocultural e até na própria identidade (Cousineau & Domar, 2007; Greenfeld, 1996; Greil, 1997). Além deste desejo natural pela parentalidade, parece existir também uma pressão constante por parte da sociedade e da família sendo expectável que os casais alcancem esse objetivo (Bernardi, 2003). Desta forma, o processo de infertilidade é, nele mesmo, gerador de *stress*, podendo contribuir para um maior isolamento social (Allison, 2011).

Estima-se que mais de oitenta milhões de pessoas no mundo foram diagnosticadas como inférteis (World Health Organization, 2003). A infertilidade é multicausal, podendo dever-se a fatores masculinos (30%), a fatores femininos (45%) e a fatores inexplicáveis (25%) (Bayer & Alper, 2011). Também a idade desempenha aqui um papel importante, sendo que a fertilidade de uma mulher saudável começa a diminuir a partir dos 24 anos de idade (Bayer & Berger, 2018).

A busca por soluções clínicas é longa e psicologicamente desgastante, afetando negativamente as várias esferas de vida. A nível individual é comum que tanto homens como mulheres vejam a sua autoestima afetada e a sua identidade posta em causa, apresentando sintomatologia depressiva e ansiosa (Cousineau & Domar, 2007). No que concerne às mulheres, são estas muitas vezes as entendidas como culpadas pela infertilidade. É assim

desde os primórdios onde mitos clássicos apresentavam as mulheres como sendo capazes de controlar e influenciar a sua fertilidade (Cousineau & Domar, 2007). Também atualmente as mulheres procuram ter controlo sobre a sua fertilidade para tentar otimizar as probabilidades de alcançar uma gravidez (e.g. fazem *yoga*, bebem e comem alimentos específicos como chás de ervas, ananás, rezam). Mas quando estas tentativas se mostram ineficazes sentem-se frustradas. Os dados referentes à reação emocional dos homens são mais escassos na literatura, aliás, estes aparentam uma maior dificuldade em expressar o sofrimento em relação à infertilidade, muitas vezes numa tentativa de não tornar o sofrimento da mulher maior (Berg & Wilson, 1991; Cousineau & Domar, 2007).

No que diz respeito à esfera conjugal, a infertilidade pode constituir um fator stressante para o casal devido às exigências do tratamento, tornando as relações sexuais numa mera tarefa mecanizada, provocando, assim, diminuição na satisfação sexual (Berg & Wilson, 1991; Mahlstedt, 1985). Contudo, não parece afetar a satisfação marital, podendo mesmo melhorá-la (Schmidt et al., 2005). Se por um lado, a partilha de um sofrimento os possa aproximar, a verdade é que a infertilidade pode assumir significados muito diferentes para cada um e para a relação, e estas diferenças podem aumentar o sofrimento do casal e levar ao conflito conjugal (Greenfeld, 1996). Para muitos casais, a infertilidade torna-se um ponto fulcral nas suas atividades e discurso diários, excluindo regularmente outros aspetos importantes, sentindo-se sem controlo da própria vida, sendo incapazes de controlar a sua própria reprodução (Cousineau & Domar, 2007).

Ao nível da esfera social, os indivíduos que enfrentam um problema de infertilidade tendem a isolar-se das outras pessoas, mesmo das mais próximas. Os casais vivem um dilema entre a vontade de partilhar informação sobre a sua infertilidade com pessoas do seu meio familiar e social e entre o medo de que a sua privacidade enquanto casal seja invadida (Greenfeld, 1996). Apesar disso, sabe-se que aqueles com um suporte social percebido elevado tendem a perceber um melhor ajustamento à infertilidade (Martins et al., 2013). Assim, níveis altos de apoio social de familiares, amigos e colegas de trabalho diminui o *stress* associado à experiência de infertilidade dentro do casal (Martins et al., 2013).

1.2. Procriação medicamente assistida com recurso à doação de gâmetas

A Procriação Medicamente Assistida (PMA) com recurso à doação de gâmetas introduziu uma mudança nas constelações familiares, e a procura por estas soluções tem

vindo a aumentar (Greenfeld, 2015; Lima, 2020). A doação de gâmetas masculinos é realizada há mais de um século, no entanto apenas por volta de 1980 se tornou possível a doação de gâmetas femininos, alargando as soluções disponíveis para concretizar a parentalidade, para casais homossexuais e casais heterossexuais com fator de infertilidade feminino (Bracewell-Milnes et al., 2016; Greenfeld, 2015; Lima, 2020; Trounson et al., 1983).

A PMA é dispendiosa e envolve procedimentos sofisticados. Apesar disso, na Europa praticamente todos os países oferecem apoio total ou parcial através do sistema nacional de saúde (Scaravelli & Spoletini, 2015). No caso de Portugal, os casais inférteis podem realizar até 3 ciclos de tratamento participados. No entanto a sua aplicação à volta do mundo varia de acordo com as políticas de saúde de cada país em termos de custo de tratamento, a regulação do acesso das mulheres aos tratamentos, números de procedimentos participados, limites de idade da mulher e tipos de procedimento permitidos (e.g. barriga de aluguer, doação de gâmetas), bem como a disponibilidade ou não de serviços tecnológicos avançados (Scaravelli & Spoletini, 2015).

Na Europa, a percentagem média de gravidezes atingidas por ciclo de tratamento é de 29%. Em Portugal havia no ano de 2006 uma estimativa total de 4275 ciclos de tratamentos reportados e de 1088 bebés, com a disponibilidade de 403 ciclos de tratamento por cada milhão de habitantes (Scaravelli & Spoletini, 2015).

Sabe-se que a probabilidade de uma mulher conseguir alcançar a gravidez com recurso aos próprios gâmetas diminui consideravelmente ao longo dos anos. Por exemplo, uma mulher de 40 anos tem 23% de probabilidade, enquanto se recorrer a gâmetas doados aumenta para 55% (Luke et al., 2014). Mais ainda, se optarem pelos próprios gâmetas, o aumento da idade está associado a uma maior probabilidade de o feto possuir doenças genéticas e neurológicas (Xavier et al., 2019).

Embora exista uma tendência para preferir a parentalidade genética à não genética (Hendriks et al., 2017), por vezes a única forma de os indivíduos satisfazerem o seu projeto de parentalidade é recorrendo a gâmetas doados. Além disso, apesar da tendência para considerar esta parentalidade genética como a “real”, a verdade é que a singularidade da relação parental não parece depender da conexão biológica ou genética entre a criança e os progenitores (Segers et al., 2019). Num estudo realizado por Golombok e colaboradores (2006) em que se comparou as relações das mães com os filhos entre famílias criadas através da procriação medicamente assistida e aquelas através da procriação natural, verificou-se

que a relação entre as mães e os seus filhos de três anos apresentam, inclusive, níveis superiores de afeto e interação em famílias criadas através da PMA.

No entanto, o lugar que um gameta doado irá ocupar em cada seio familiar motivará uma reflexão diferente que incidirá de maneira diferente na construção dos papéis parentais (Romero, 2020). A forma como cada indivíduo irá encarar a decisão de iniciar os tratamentos é influenciada pelo seu próprio historial e contexto (Cramong, 1998).

1.3. A transição para a doação de gametas em casais heterossexuais

No passado casais inférteis heterossexuais apenas possuíam três opções: manterem-se sem filhos, adotarem, ou, se o fator da infertilidade fosse masculino, recorrer à doação de esperma (Kirkman-Brown & Martins, 2020). Com o surgimento da fecundação *in vitro* (FIV) tornou-se possível dar aos casais, com fator de infertilidade feminino e/ou conjunto, a possibilidade de uma gravidez biológica. A FIV implica, no entanto, um processo demorado e trabalhoso em que é necessário sincronizar ciclos menstruais entre recetor e o dador, estimular a produção de óvulos no dador, recolher os óvulos e fertilizá-los com o esperma do parceiro masculino, para finalmente os embriões serem então transferidos para a mulher recetora (Cramond, 1998).

Enquanto alguns casais procuram a doação de gametas como recurso último, depois de vários tratamentos falhados com gametas próprios, outros procuram-na como primeira opção pelo diagnóstico *a priori* da obrigatoriedade em recorrer a esta técnica (e.g., idade, menopausa precoce, alterações na função ovárica, intervenções cirúrgicas, azoospermia) (Carrillo & Pareja, 2007; Lima, 2020).

Casais que recorrem à doação de gametas enfrentam dilemas como os seus sentimentos e atitudes em relação ao dador, o papel do dador na relação do casal, os sentimentos sobre não possuir ligação genética com a criança e se a doação será ou não revelada à criança, família e amigos (Cramond, 1998). Estes dilemas levam a níveis elevados de ansiedade, desorganização, tristeza e confusão (Greenfeld, 2015; Veiga et al., 2013). No entanto, o desconforto social surge mais em relação à possível reação de amigos e familiares do que em não serem biologicamente ligados à criança (Indekeu & Lampic, 2021). Quando é a mulher que perde a ligação genética, Hammond (2018) refere que estas têm receio que os pais consigam ter uma ligação mais forte com as crianças do que elas.

A complexidade dos tratamentos e os seus ciclos sucessivos prolongam o processo no tempo e potenciam o desgaste emocional e físico. Assim, e apesar de as chances de alcançar a gravidez através dos tratamentos (e.g., ovulação induzida; inseminação intrauterina; FIV) possa, segundo Brandes e colaboradores (2010) chegar aos 72 %, muitos casais acabam por desistir.

Uma das principais razões para os casais desistirem dos tratamentos de fertilidade é o desgaste psicológico, a par com o sofrimento físico, e problemas pessoais e relacionais (Gameiro et al., 2012).

Por norma, o apoio psicológico surge apenas nesta fase, aquando da transição para a doação de gâmetas e perante a necessidade de recorrer a um terceiro elemento, além do casal, sendo as intervenções mais utilizadas as de grupo e de treino de competências (Cousineau & Domar, 2007). Na fase de preparação, antes de se iniciar efetivamente o tratamento, é importante abordar as possíveis reações emocionais que poderão surgir ao longo do tratamento, promover uma rede de apoio, explorar os contextos familiar, social e laboral e trabalhar a comunicação entre o casal (Fernández et al., 2006). A intervenção psicológica neste contexto irá seguir sempre as necessidades de cada casal e atuará em função do resultado do tratamento, podendo o foco alternar entre esferas de vida distintas (e.g., individual, social, relação com a clínica, casal) (Fernández et al., 2006).

No entanto, dado que os dilemas que surgirão da decisão de recorrer à doação de gâmetas irão ter pesos diferentes na deliberação de cada casal, é crucial que se auscultem valores éticos e interesses dos casais em todas as decisões, possibilitando a apresentação da doação de gâmetas numa fase mais precoce, evitando desgaste psicológico desnecessário quando o casal possui reduzidas chances de alcançar gravidez através dos próprios gâmetas (Segers et al., 2019; Kirkman-Brown & Martins, 2020). Mais ainda, a exploração destes dilemas numa fase inicial pode permitir aos pacientes uma gestão mais eficaz dos aspetos psicológicos do tratamento (Cramond, 1998).

1.4. Tomada de decisão partilhada

A tomada de decisão partilhada (TDP) consiste numa abordagem em que clínicos e pacientes tomam decisões em conjunto com recurso à melhor evidência disponível através da troca de informação imparcial, colaboração e respeito mútuo (Elwyn et al., 2010; Mikesell et al., 2016). Esta abordagem tem ganho, progressivamente, terreno dadas as mudanças nos

modelos de relação e comunicação entre médico e paciente nos últimos anos, com o maior acesso a informação sobre a saúde, cuidados e opções de tratamento, criando assim oportunidades de colaboração entre ambas as partes (Rotar-Pavlic et al., 2008). A tomada de decisão partilhada foi pensada para situações clínicas caracterizadas pela incerteza, sensíveis a preferências (Coulter & Collins, 2011).

Esta abordagem surge, dentro dos modelos de relação médico-paciente, numa posição central entre o modelo paternalista (em que tradicionalmente a tomada de decisão é realizada pelo médico) e o de escolha informada (em que a tomada de decisão é feita pelos pacientes) (Charles et al., 1999). Este mecanismo diminui a assimetria de informação e poder entre médico e paciente, aumentando o sentido de autonomia e controlo por parte dos pacientes em relação ao seu tratamento (Eddy, 1990).

A teoria do conflito decisional, desenvolvida por Janis e Mann (1977), reconhece que um evento stressante causa um conflito decisório em cada indivíduo. Numa tomada de decisão o decisor deve escolher entre uma série de alternativas, sendo que todas possuem consequências positivas e negativas. Assim, a tomada de decisão apresenta-se como um processo e não um evento (Loneck & Kola, 1989). O indivíduo é visto como um decisor relutante que procura formas para lidar com a multiplicidade de conflitos pessoais associados aos problemas que lhe são apresentados (Janis & Mann, 1977). Segundo os mesmos autores, o processo de tomada de decisão dá-se em cinco passos. Primeiro, avaliar o desafio; em segundo pesquisar alternativas; terceiro, avaliar as alternativas; quarto, refletir sobre o compromisso; e em quinto, aderir apesar do *feedback* negativo (Janis, 1968, 1974; Janis & Mann, 1968, 1977, 1982, citado em Loneck & Kola, 1989).

Elwyn e colaboradores (2012) propuseram um modelo de tomada de decisão partilhada aplicado à prática clínica baseado em conversas de escolha (garantir que os pacientes percebem que opções razoáveis estão disponíveis), de opção (fornecer mais informação detalhada sobre as opções) e de decisão (apoiar o trabalho de considerar preferências e decidir o que é melhor). O seu objetivo era operacionalizar os conceitos da tomada de decisão partilhada, deixando claro como esta deve ocorrer em contexto clínico.

Makoul e Clayman (2006) criaram um modelo integrativo com elementos essenciais e ideais. Enquanto os essenciais necessitam de estar presentes para que ocorra a tomada de decisão partilhada, os ideais podem contribuir positivamente, mas não são obrigatoriamente necessários. Os elementos essenciais são: definir o problema, apresentar opções, discutir prós e contras dessas opções, preferências e valores do paciente, discutir a autoeficácia e habilidades do paciente, conhecimento e recomendações médicas, verificar se há

entendimento, tomar uma decisão e fazer um acompanhamento dessa decisão. Já os elementos ideais são: informação imparcial, papéis bem definidos, ou seja, o desejo ou não pela participação, evidência atual e acordo mútuo. Os autores identificaram ainda qualidades gerais deste processo, sendo elas: deliberação, abordagem individualizada e flexível, troca de informação, envolver pelo menos duas pessoas, meio termo, respeito mútuo, parceria, educação do paciente, participação do paciente e estádios do processo.

Um dos grandes desafios na implementação real da tomada de decisão partilhada na prática clínica é que médicos e pacientes têm perspectivas diferentes acerca do que esta é e como deve ser alcançada. Os profissionais tendem a subestimar a importância da acessibilidade, comunicação, envolvimento do paciente e a competência destes para contribuírem nos tratamentos, não estando totalmente recetivos a que decisão seja tomada também pelo paciente, acreditando que lhes falta conhecimento médico para tal (Olafsdottir et al., 2013; Rotar-Pavlic et al., 2008). Mais ainda, a forma como médico e paciente avaliam a informação relacionada com a saúde também pode ser distinta (Sewitch et al., 2003). Num estudo realizado por Cegala e colaboradores (1996) os pacientes deram mais importância a obter informação sobre a sua condição médica do que os médicos em fornecer essa informação. Os pacientes atribuíram também maior ênfase à capacidade do médico para criar uma atmosfera amigável e de confiança, e também no mostrar cuidado, interesse e preocupação.

Num estudo realizado por Rotar-Pavlic e colaboradores (2008), os pacientes identificaram o envolvimento como um conceito composto por: atividade mútua entre eles e os profissionais de saúde e melhoria da relação, ética, e correspondência às expectativas. Já os profissionais de saúde entenderam envolvimento como: compreensão, conhecimento *expert*, ética, comunicação e relação.

Por outro lado, é comum que os pacientes necessitem de encorajamento e orientação para se envolverem verdadeiramente na tomada de decisão partilhada (Steffensen et al., 2018). O que acontece por vezes é que os pacientes têm tanta admiração pelos médicos que se sentem relutantes em discordar por medo de os ofenderem ou subestimar o valor do seu conhecimento (Steffensen et al., 2018).

Um elemento-chave no modelo de tomada de decisão partilhada é a comunicação eficaz e eficiente, tanto por parte do paciente como do clínico (Nejati et al., 2019). A comunicação médico-paciente é talvez o efeito placebo mais importante na medicina (McCabe & Healey, 2018). A melhoria da qualidade da comunicação em contexto clínico está relacionada com resultados positivos na saúde, bem como o maior envolvimento dos

pacientes nas consultas que potencia a sua satisfação e adesão ao tratamento (Simpson et al., 1991; Stewart, 1995; Zolnierek & Dimatteo, 2009). Os pacientes parecem tomar decisões mais informadas quando se sentem tratados com sensibilidade e honestidade pelos cuidadores de saúde (Daniluk, 2001).

Os auxiliares de tomada de decisão surgem aqui como “instrumentos eficazes que explicam opções, clarificam valores pessoais para os benefícios *vs* custos, e guiam os pacientes na deliberação e comunicação”, ajudando à consulta (Stacey et al., 2017). Numa meta análise realizada por O’Connor (1996) verificou-se que os auxiliares de decisão (e.g. panfletos e vídeos com as opções de tratamento, problema clínico, probabilidades de resultados; opiniões de terceiros e orientação) são mais eficazes no que toca a aumentar o conhecimento dos pacientes e a criar expectativas realistas, do que o atendimento padrão em consulta.

Num estudo realizado na Escócia concluiu-se que as pessoas com diabetes associavam o envolvimento nas decisões de tratamentos a características emocionais dos encontros médicos e à comunicação sobre problemas de saúde bem como à comunicação sobre tratamentos (Entwistle et al., 2008).

Søndergaard e colaboradores (2019) procuraram perceber se a aplicação da tomada de decisão partilhada com recurso a auxiliares de decisão (e.g. conversa direcionada para informar pacientes sobre a necessidade de se tomar uma decisão e auscultação do seu desejo de envolvimento; apresentação de cartões com várias opções, estatísticas e relatos de outros pacientes) criava alterações na tomada de decisão de pacientes com cancro do pulmão. Concluíram que a utilização de TDP e de auxiliares de decisão levou a uma maior confiança na decisão tomada em relação ao tratamento, maior envolvimento percebido, e arrependimento da decisão mais baixo.

Chen e colaboradores (2021) procuraram avaliar os efeitos da TDP em pacientes com doença degenerativa do disco da coluna lombar. Utilizaram como auxiliar de decisão um *booklet* que continha informação sobre sintomas, opções de tratamento, possíveis riscos e efeitos da medicação, exercícios que ajudavam a clarificação de valores pessoais numa escala de 5 pontos, exercício em *check list* para avaliar o conhecimento sobre a temática e um plano para passos seguintes. Concluíram que a TDP aumentava significativamente autoeficácia da decisão e diminuía o conflito especialmente em pacientes sem envolvimento familiar em comparação com o grupo controlo.

Já no que diz respeito ao processo de tomada de decisão em contextos de fertilidade, os casais necessitam de informação, suporte e apoio na procura de soluções (Daniluk, 2001).

Segundo Olafsdottir e colaboradores (2013) os casais necessitam de mais informação à medida que vão ganhando experiência e se tornam mais competentes em termos de conhecimento. Apesar das evidentes necessidades de informação por parte desta população, segundo Rauprich e colaboradores (2011) um número significativo de casais em medicina reprodutiva na Alemanha não estavam devidamente informados sobre todos os aspetos relevantes para a tomada de decisão sobre o tratamento e encontravam-se assoberbados pelo desejo de alcançar a parentalidade, perdendo o controlo da situação. As falhas na informação concentram-se principalmente em falhas ao nível dos riscos associados ao tratamento (Rauprich et al., 2011).

Os tratamentos de fertilidade são caracterizados pela sua natureza de término indefinido. Decidir sobre opções de tratamento é um processo ambivalente e emocionalmente pesado, no qual as mulheres, que tendem a assumir o rumo do processo, preferem uma tomada de decisão partilhada com o médico bem como o envolvimento ativo do parceiro na decisão (Chan et al., 2019).

Outro dado a realçar é que o sofrimento psicológico pode diminuir a capacidade de tomada de decisão bem como levar ao abandono precoce dos tratamentos pelo que se torna imprescindível a presença dos psicólogos em equipas multidisciplinares para auxiliarem os casais durante o processo e nas respetivas tomadas de decisão (Blennborn et al., 2005; Goldfarb et al., 2007; Verberg et al., 2008). O papel do psicólogo neste processo pode ser informativo (psicoeducação, preparar os pacientes para decisões complexas e possíveis obstáculos) e avaliativo (avaliação da saúde mental e estabilidade, perceber quão preparados estão para lidar com o *stress* que serão confrontados) (Greenfeld, 2015).

Posto isto, e tendo em consideração o quão penoso é um tratamento de fertilidade, a própria infertilidade em si e suas consequências psicossociais, a adoção de uma postura colaborativa entre equipa médica e os casais será benéfico para todos. Assim, o modelo de tomada de decisão parece enquadrar-se de forma adequada no contexto dos tratamentos de fertilidade, e deve ser a abordagem desejada.

1.5. O presente estudo

O modelo de relação e de comunicação entre médico e paciente mudou drasticamente nos últimos anos, aumentando a colaboração entre ambas as partes. A adesão dos pacientes ao tratamento chega a ser o dobro quando os médicos são bons comunicadores (Zolnierek &

Dimatteo, 2009). Assim sendo, é urgente que se perceba em que consiste ser-se bom comunicador na perspectiva dos pacientes, o que é mais valorizado dentro dessa qualidade e de que forma os diferentes profissionais de saúde podem melhorar a sua relação e comunicação para atingir a verdadeira tomada de decisão partilhada.

Embora a TDP tenha vindo a conquistar terreno dentro das relações médico-paciente, a literatura relativa a como esta ocorre, ou não, nos tratamentos de fertilidade é ainda bastante escassa, não sendo possível retirar conclusões robustas acerca do processo nesse contexto, inclusive no que diz respeito à transição para a doação de gâmetas (Peddie et al., 2005). Embora, numa visão geral dos cuidados de saúde, se conclua que os pacientes tendem a preferir uma abordagem colaborativa em que possam desempenhar um papel ativo (Schoenfeld et al., 2018), importa perceber se no caso dos casais em tratamentos de fertilidade a tendência é a mesma. Importa ainda ressaltar que os tratamentos de fertilidade são uma exceção da interação entre médico e paciente no processo de tomada de decisão caracterizados pela relação triangular entre o médico, mulher e parceiro (Chan et al., 2019). Têm vindo a ser encontradas limitações em termos da qualidade da comunicação e de suporte no tratamento no contexto da PMA, principalmente no que diz respeito a suporte emocional e cuidado continuado (Peddie et al., 2005; van Empel et al., 2010). Ainda neste sentido, surge já alguma literatura sobre a tomada de decisão no que diz respeito ao término dos tratamentos após várias tentativas falhadas (Chan et al., 2019; Peddie et al., 2005). No entanto, não se encontram ainda dados direcionados especificamente para a comunicação na tomada de decisão na transição para a doação de gâmetas.

Posto isto, o presente estudo procura perceber como ocorre a comunicação médico-paciente na tomada de decisão partilhada para a transição para a doação de gâmetas em casais heterossexuais. Apenas auscultando os intervenientes é possível conhecer verdadeiramente o processo, perceber em que divergem as suas opiniões e encontrar uma solução que seja o mais favorável possível para todos. Assim sendo, serão exploradas as narrativas dos pacientes que vivenciaram este processo. As conclusões daqui retiradas irão permitir o enriquecimento da literatura nesta temática, reflexões acerca do que está em falha na comunicação médico-paciente bem como o que poderá ser feito para colmatar. Não menos importante, surgirá um novo material que ajudará casais que futuramente se encontrem nesta transição a obter alguma clareza e orientação neste que é um processo tão individual e volátil.

2. Método

2.1. Participantes

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. A população alvo foram pessoas que realizaram tratamentos de fertilidade com recurso à doação de gâmetas, com ou sem sucesso. Os participantes foram recrutados através da divulgação do estudo, e de um formulário de inscrição em páginas de *Facebook* relacionadas com o tema da infertilidade. Posteriormente, os participantes eram contactados e uma entrevista era agendada. O consentimento informado foi facultado aos participantes aquando do agendamento e recolhido devidamente assinado antes de cada entrevista.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas remotamente através do *zoom*, por preferência dos participantes e foram gravadas com o seu consentimento para posterior transcrição *verbatim* (palavra a palavra).

A amostra final é composta por 9 participantes, 7 mulheres, 1 homem e 1 casal, com idades entre os 34 e os 48. Em média os casais levaram 2.1 anos até recorrerem à PMA. Toda a informação que pudesse levar à identificação dos participantes foi omitida. Os dados sociodemográficos e biomédicos dos participantes podem ser consultados com maior detalhe na tabela 1.

Tabela 1*Características sociodemográficas e biomédicas dos participantes*

Participantes	Idade	Idade do Parceiro	Gênero	Escolaridade	Escolaridade do Parceiro	Início da tentativa de concepção	Início dos tratamentos	Tratamentos
<i>P1</i>	46	44	F	Licenciatura	12º ano	2014	2015	IIU; FIV
<i>P2</i>	41	46	F	Licenciatura	Mestrado	2014	2019	FIV com doação (ovócitos)
<i>P3</i>	35	39	M/F	Mestrado	Mestrado	2017	2018	IA; FIV com doação (espermatozoides)
<i>P4</i>	41	41	F	Doutoramento	Mestrado	2009	2010	3 IIU; FIV (13/14 ciclos); FIV com doação
<i>P5</i>	43	39	F	Doutoramento	Licenciatura	2019	2020	3 IA; 2 FIV com doação
<i>P6</i>	40	41	F	Mestrado	12º Ano	2019	2020	IO; 2 FIV (sem transferência); FIV com doação (ovócitos)
<i>P7</i>	36	40	F	Mestrado	12º Ano	2014	2018	FIV com doação (espermatozoides)
<i>P8</i>	34	38	F	12º Ano	12º Ano	2017	2019	Transplante de Ovário; FIV; FIV com doação (ovócitos)
<i>P9</i>	48	45	M	Licenciatura	Licenciatura	2019	2021	IO; FIV com doação (ovócitos)

Nota. Entrevistas realizadas entre 12/2021 e 05/2022. IIU – Inseminação Intrauterina; FIV – Fertilização In Vitro; IA – Inseminação Artificial; IO – Indução da Ovulação.

2.2. Materiais

Uma entrevista semiestruturada sobre as experiências pessoais dos participantes foi administrada, usando um guião redigido pela equipa de investigação, que segue em anexo (anexo A), e com base no guião utilizado por Schoenfeld e colaboradores (2018). As questões procuravam explorar a experiência dos participantes em tratamentos de fertilidade, focando-se na tomada de decisão partilhada na transição para a doação de gâmetas, e dentro desta, na comunicação médico-paciente e nos facilitadores e barreiras desta tomada de decisão. Foram ainda apresentados dois cenários hipotéticos para estimular a opinião crítica dos participantes. O foco da presente dissertação é a comunicação médico-paciente na tomada de decisão de transição para doação de gâmetas.

2.3. Procedimento

Foi realizada uma análise qualitativa dos dados com base nas *guidelines* da *Grounded Theory*, utilizando o *software* NVivo 12. A *Grounded Theory* consiste numa abordagem indutiva e dedutiva, oscilando constantemente entre a teoria emergente e os dados, através de um método de comparação constante (Green & Thorogood, 2004).

Cada entrevista foi listada e posteriormente codificada através de *open coding* da informação mais relevante. De seguida, os dados codificados foram comparados e nomeados através de um processo de codificação focado. Os temas e subtemas criados foram também comparados entre si para garantir exclusividade e evitar interseções e repetições.

Foram efetuadas sucessivas análises dos dados até se alcançar uma codificação que fosse consensual para todos os membros da equipa de investigação.

A frequência relativa das referências (rf) de cada tema e subtema foi calculada e está apresentada em resultados com o número total das entrevistas (E) que abordaram cada um, na figura 2.

3. Resultados

A análise das entrevistas levou à descoberta de quatro grandes temas, 13 categorias e 26 subcategorias (ver figura 2). Fatores da equipa médica, e expectativas de comunicação por parte dos pacientes foram os temas com maior referência, seguidos dos fatores do paciente e fatores do contexto. Os temas e respetivos subtemas serão apresentados e discutidos abaixo.

Figura 2.

Temas e subtemas

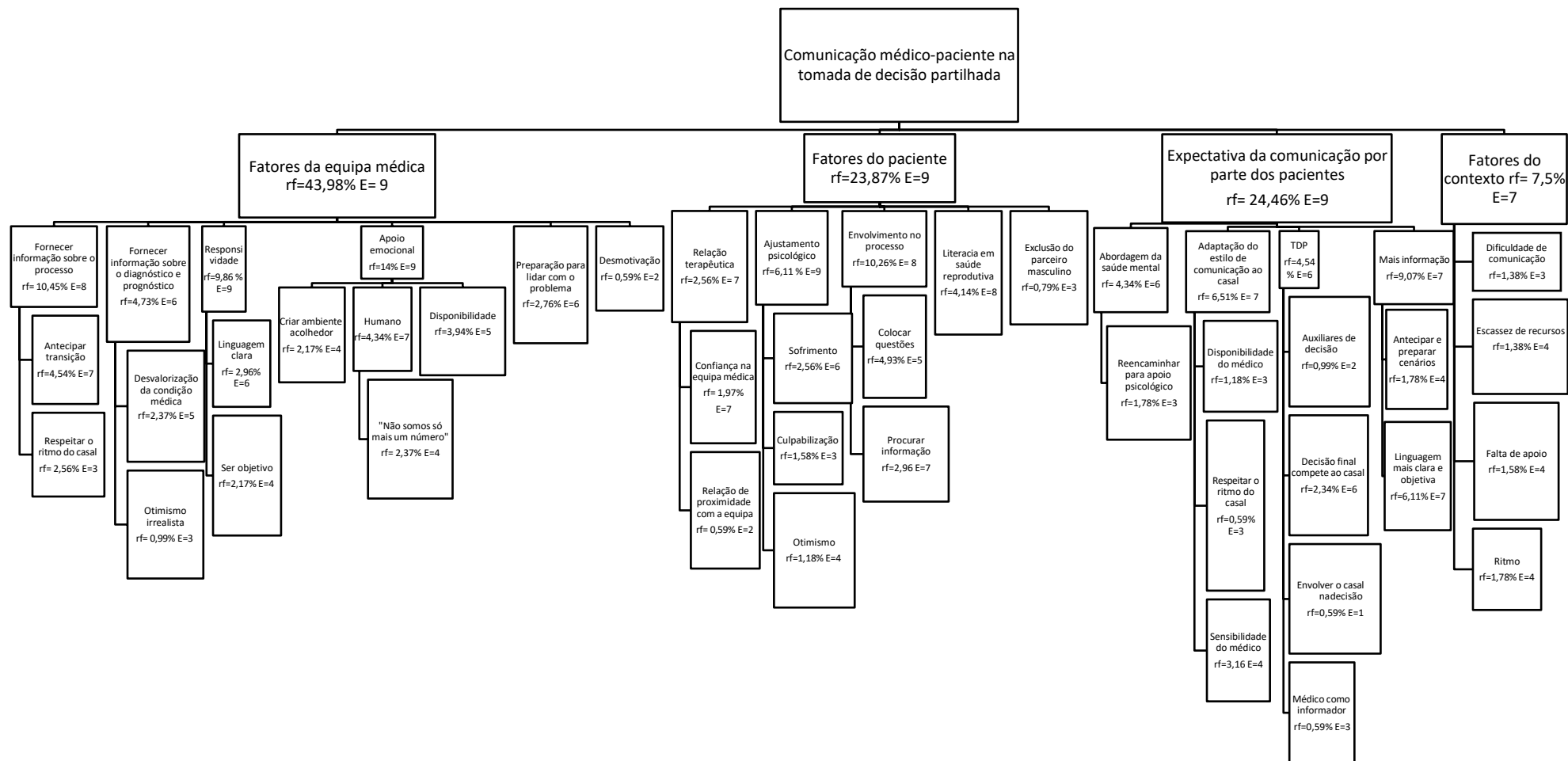


Tabela 2.1*Fatores da equipa médica*

Categories	Subcategorias	Definição	Excertos
Fornecer informação sobre o processo:	Antecipar a transição	Capacidade de introduzir subtilmente e/ou com antecedência o recurso à doação de gâmetas como hipótese	“Mas eu acho que essa sugestão, da doação de gâmetas foi-nos logo posta na hipótese inicial quando nos explicaram que tínhamos...”
	Respeitar o ritmo do casal	Capacidade para adaptar as etapas consoante a preparação de cada casal, sem pressionar ou acelerar o processo	“Toda a informação foi dada com muita calma, muito cuidado e na hora certa, digamos assim.”
Fornecer informação sobre o diagnóstico e prognóstico:	Desvalorização da condição médica	Desvalorizar a condição médica bem como o seu impacto na vida do casal	“...as pessoas que passam o tempo, e médicos incluídos, a dizer “aí descanse, relaxe que isso logo acontece” é uma coisa que me irrita solenemente...”
	Otimismo irreal	Transmitir ao casal a ideia de que o tratamento possui mais probabilidade de sucesso do que realmente possui	“...pele menos nos primeiros dois anos, não foi, andei ali um bocado que ludibriada a pensar que eventualmente poderia acontecer com os meus óvulos...”
Responsividade:	Linguagem clara	Capacidade de apresentar a informação de forma clara, com linguagem corrente do dia a dia (ou incapacidade de)	“Nunca houve um sentido de não está a passar a mensagem corretamente, não. Tudo muito simples, muito claro.”
	Ser objetivo	Capacidade para fornecer informação de forma objetiva e sucinta (ou incapacidade de)	“Disseram-me logo, portanto a médica que nos acompanhava disse-me logo quando viu os resultados dos meus exames que a única hipótese seria com doação de ovócitos.”
Apoio emocional:	Criar ambiente acolhedor	Capacidade para criar um ambiente seguro que transmita segurança, conforto e tranquilidade ao paciente	“Apesar de estarmos numa clínica privada e ela ter centenas de pessoas para atender, eu sempre me senti muito bem.”
	Humano <ul style="list-style-type: none"> • Não somos só mais um número 	Capacidade de demonstrar compreensão e empatia em relação ao problema do outro (ou incapacidade de) <ul style="list-style-type: none"> • Abordar e interpretar os casos de forma genérica e não personalizada 	“Mas eu acho que ela conseguia ser muito, lá está, humana. Só me sai esta palavra. Ela conseguia ser tão empática como se realmente...” <ul style="list-style-type: none"> • “Não somos só mais um número, que é mais ou menos como somos tratados às vezes.”
	Disponibilidade	Capacidade para se mostrar disponível para ouvir e ajudar os pacientes, mesmo fora da consulta (ou incapacidade para)	“Ela é muito disponível. Nós tínhamos o número do <i>WhatsApp</i> para tirar dúvidas.”
Preparação para lidar com o problema		Experiência e conhecimento sobre a temática para lidar com os casais e tratar o problema de forma adequada (ou ausência de)	“É assim eu acho que nem todos os profissionais de saúde têm capacidades para estar, neste caso, numa especialidade como a infertilidade, não é?”
Desmotivação		Sentimento de impotência e desesperança face ao diagnóstico e resultados dos tratamentos	“chegou uma altura que eu até é acho que até os próprios médicos já estavam um bocado desmotivados.”

3.1. Fatores da equipa médica

No que concerne a fatores da equipa médica, tema com maior número de referências (43,98%), surgem 6 categorias e 9 subcategorias que se encontram descritas e exemplificadas na tabela 2.1.

Dentro deste tema, os participantes destacam o fornecimento de informação tanto sobre o processo de tratamento (10,45 %), como sobre o diagnóstico e prognóstico (4,73%). A primeira categoria diz respeito a informações acerca e ao longo do processo, onde se encontram referências ao fornecimento ou não da informação. Aqui, alguns dos participantes referem que os médicos procuram antecipar transição para a doação de gâmetas bem como respeitar o ritmo do casal ao longo de todo o processo, enquanto outros referem exatamente o oposto.

No fornecimento de informação sobre o diagnóstico e prognóstico, encontram-se abrangidas todas as referências ao modo como os médicos comunicaram a condição médica, não só o diagnóstico, mas também explicação da mesma, bem como possíveis resultados do tratamento. Foi possível perceber que duas posturas médicas foram realçadas “desvalorização do problema” e “otimismo irreal”, tendo ambas um impacto negativo na adaptação psicológica dos casais, “*O que correu mal é que quando uma pessoa está a tentar engravidar é muito frustrante as pessoas desvalorizarem*” (E3). Se por um lado a desvalorização os faz sentir incompreendidos e não apoiados pelas equipas médicas, o otimismo irreal pode causar nos casais uma expectativa irreal que, por conseguinte, aumentará o sofrimento psicológico.

Entre o fornecimento de informação e o apoio emocional, surge a responsividade (9,86%) onde mais do que valorizarem as respostas às suas questões e anseios os pacientes valorizaram que estas respostas fossem dadas com recurso a linguagem clara, onde surgem casos de médicos que eram capazes de “*chamar as coisas pelos nomes*” (E4), permitindo uma real compreensão por parte dos pacientes, sendo objetivos nas respostas, bem como casos em que os casais colocavam “*algumas questões e ele quase que respondia assim por meias palavras*” (E2).

As pessoas mencionam ainda o apoio emocional (14%) por parte da equipa médica, que abrange todas as referências feitas à postura apoiante que os médicos tiveram, ou não, para com os pacientes. Dentro deste apoio emocional é de principal destaque a subcategoria “humano” que surge como um adjetivo atribuído aos médicos por parte dos pacientes, que diz respeito à postura empática e apoiante e capacidade de se dirigirem aos pacientes de forma humana e não através de uma postura médica rígida como acontece muitas vezes.

Dentro desta importa ainda destacar a subcategoria *in vivo* “não somos só mais um número”, os pacientes parecem mostrar desagrado pela abordagem generalista dos casos.

Foram ainda referidas experiências em relação à competência percebida do médico (2,76%) tanto de situações em “*que houve falta de sensibilidade por parte do médico por desconhecimento, por ignorância*” (E3) como de médicos que “*tem muita experiência*” (E6). Dois casais realçaram ainda que reconheceram desmotivação na própria equipa médica (0,59%) porque estes “*também já não sabiam o que é que me haviam de dizer.*” (E7).

Tabela 2.2.

Fatores do paciente

Categorias	Subcategorias	Definição	Excertos
Relação terapêutica	Confiança na equipa médica	Confiança plena na equipa médica e nas suas decisões em relação aos tratamentos (ou ausência de)	“...tive sempre plena confiança na médica e nunca discordei.”
	Relação de proximidade com equipa médica	Relação afetiva além da relação terapêutica	“...ainda agora lhe desejei feliz Natal e isto já aconteceu há 1 ano.”
Ajustamento psicológico:	Sofrimento psicológico	Sofrimento psicológico consequência do processo de tratamento	“Psicologicamente já não conseguíamos, já estávamos exaustos.”
	Culpabilização	Sentimento de culpa pela condição médica e/ou ineficácia/falha do processo de tratamento	“eu fechei-me sobre mim mesma, não procurei ajuda, não transmiti aquilo que precisava e aquilo que estava a sentir, mas por culpa minha maioritariamente, não por culpa dos médicos, não sinto que tenha sido”
Envolvimento no processo	Otimismo	Postura otimista em relação às opções de tratamento	“Se o A não deu certo, o B e ainda havia o C.”
	Solicitar informação e questionar sobre o processo	Colocar questões sobre o processo de tratamento e condição médica (ou incapacidade para)	“E eu, curiosa como sou, também sempre fui perguntado “então, mas se isto não evoluir, não conseguir o que é que eu posso fazer a seguir?”
Literacia em saúde reprodutiva	Procurar informação	Procurar informação sobre o processo de tratamento e condição médica de forma autónoma	“Eu comecei a ler algumas coisas também sobre os tratamentos também vinha lá a doação de gâmetas”
		Conhecimento acerca da condição médica	“Fui eu que já sabia, já estava pré-informada. Quando ela disse que agora o tratamento a seguir seria esse, eu já ia preparada para isso.”
Exclusão do parceiro masculino		Centralidade dos tratamentos na figura feminina e posterior exclusão do parceiro	“...digam o que disserem, toda a gente que passa por isto sabe

3.2. Fatores do paciente

No que diz respeito a fatores do paciente, surgem 5 categorias principais cujas suas subcategorias se encontram definidas e exemplificadas de forma mais detalhada na tabela 2.2. Primeiro, os participantes referem a importância da relação terapêutica na comunicação e na adaptação aos tratamentos (2,56%), indicando que consoante aumenta a confiança também se torna mais fácil comunicar de forma eficiente, mais ainda a ausência de confiança provocava *“uma certa dificuldade em nos sentir seguros para continuarmos com os tratamentos”* (E7). Já a relação de proximidade que conseguem criar com a equipa parece também auxiliar a comunicação e a satisfação dos pacientes em relação a esta e aos tratamentos *“é importante haver pessoas assim, assim como as minhas médicas, que foram tão, tão queridas e tão próximas neste processo.”* (E2).

Já ao nível do ajustamento psicológico (6,11%) os participantes referem o sofrimento psicológico, bem como sentimentos de culpabilização tanto infligidos por eles mesmos em relação à comunicação com a equipa médica, *“O facto de eu não ter conseguido transmitir à minha médica durante algum tempo, quase 3 anos aquilo que eu sentia verdadeiramente sobre o tema foi culpa minha, não dela.”* (P2), como pela equipa médica, *“alguns médicos que parece que nos fazem sentir culpados ou culpadas por aquilo que estamos a passar.”* (P2). Por último, no que concerne ao otimismo, há quem opte por pensar que *“ao fechar-se uma porta vamos pensar qual é que é a janela mais eficaz”* (P3).

Mais ainda, os pacientes destacaram também a sua capacidade de envolvimento no processo (10,26%), mencionando a sua capacidade em manter uma postura proativa colocando questões e procurando informação de forma autónoma. Embora a maioria dos casais tenha referido que se sentiram confortáveis para questionar os médicos sobre o processo de tratamento, outros não o fizeram por *“medo de ofender os médicos”* (P7).

Nas narrativas dos pacientes surge ainda a literacia sobre saúde reprodutiva (4,14%), que permite uma melhor adesão e compreensão do processo. Além disso, *“quanto mais informação nós tivermos, melhor conseguimos lidar com...com os temas.”* (P2).

Por fim, denotaram que este é um processo muito centrado na mulher, levando à exclusão do parceiro masculino (0,79%), onde a comunicação com este é bastante reduzida.

Tabela 2.3.

Fatores do contexto

Categorias	Definição	Excertos
Dificuldade de comunicação	Referências acerca da dificuldade em dialogar com a equipa médica	“...no público é muito difícil comunicar, é muito difícil conversar...”
Escassez de recursos	Falta de dadores, limite de tentativas, listas de espera muito longas, limite de idade	“Acho que por haver falta de... não sei se de recursos, neste caso... não sei se é de médicos, se é de dadores, o que seja.”
Falta de apoio	Pouco tempo disponível para conversar, pouca demonstração de apoio emocional	“Não achámos que fossem acessíveis, não... há uma parte humana que não existe.”
Ritmo	Ritmo acelerado característico do contexto	“Mas também compreendo que tenha a ver com o excesso de trabalho, com o volume de consultas, e que eles querem dar resposta a todos e depois em vez de estarmos aqui a fazer as coisas com cabeça, tronco e membros estamos a acelerar tudo, e, e esse acelerar causa muito stresse e muito desgaste às pessoas.”

3.3. Fatores do contexto

Nas categorias relacionadas com o contexto que podem impactar a comunicação, os participantes referiram dificuldades de comunicação (1,38%), escassez de recursos (1,38%), falta de apoio (1,58%) e o ritmo (1,78%) (ver tabela 2.3). As primeiras três categorias referem-se maioritariamente a dificuldades encontradas no Sistema Nacional de Saúde (SNS) onde os participantes referem que “foi muito difícil a comunicação com os médicos” (E7). Os participantes mencionam que a escassez de recursos os faz sentir com “um prazo de validade” (E7) e que “os médicos também não nos dão respostas, porque eles também não têm meios para nos dar respostas.” (E7). Já ao nível do apoio referem que não se sentem “minimamente apoiados, ou muito pouco apoiados neste processo” (E4).

O ritmo, por outro lado, embora tenha sido descrito como um problema maioritariamente no SNS também está presente no sistema privado, “Aquilo é mesmo industrial, uns entram saem, uns entram, saem, portanto nós estamos ali aquilo é à hora marcada” (E1), por outro lado destacam ainda a necessidade de agilização dos processo “E talvez se calhar se os médicos que nos atenderam inicialmente... nem é os médicos, mas os serviços... se fossem mais rápidos, mais célebres” (E7).

Tabela 2.4.*Expectativas da comunicação por parte dos pacientes*

Categories	Subcategorias	Definição	Excertos
Abordagem da saúde mental	Reencaminhar para apoio psicológico	Capacidade para compreender quando é necessário opaciente receber apoio complementar	“Mas eu acho que deveria ser dito já na primeira consulta olha é preciso, nesses casos, pra a maior parte das mulheres fazer uma consulta, depois fazer um acompanhamento até pra, pra ter suporte por exemplo quando se recebe um não, entendeu?”
Adaptação do estilo de comunicação ao casal	Disponibilidade do médico	Capacidade para ouvir, com tempo, as necessidade e preocupações dos pacientes	“É preciso tempo, sem tempo não se consegue falar com as pessoas, muito menos com pessoas que muitas delas estão em sofrimento e têm imensas dúvidas, sobre os processos, sobre as implicações dos processos”
	Respeitar o ritmo do casal	Capacidade para adaptar as etapas consoante a preparação de cada casal, sem pressionar ou acelerar o processo	“...tudo depende muito da forma como o próprio casal está receptivo ou não e do timing em que isso é feito...”
	Sensibilidade do médico	Capacidade de ser e mostrar-se sensível e empático em relação à condição médica e processo de tratamento do paciente	“Os médicos e os enfermeiros têm de criar uma relação com os pacientes e compreendê-los e os sentimentos.”
TDP:	Auxiliares de decisão	Disponibilizar folhetos, cartazes, vídeos com dados que auxiliem e eduquem os pacientes	“...um folheto explicativo de como é o processo, quais são as dúvidas, também poderia ser alguma coisa assim...”
	Decisão final compete ao casal	Permitir ao casal a decisão final em relação à escolha de tratamento	“Mas decidir, tem de ser o casal a decidir...”
	Envolvimento do casal	Deliberar com o casal acerca das opções de tratamentos e respetivos pros e contras	“...acho que é importante haver esse envolvimento das pessoas porque isso também permite uma melhor tomada de decisão.”
	Médico como informador	Médico deverá limitar-se a informar o casal sobre as opções de tratamento	“Eu acho mesmo que o médico só deve ir até ao ponto em que, tecnicamente e cientificamente, explica o procedimento...”
Mais informação:	Antecipar e preparar para cenários futuros	Capacidade de informar e preparar a pessoa para possíveis cenários futuros (e.g., informar ou não a	“...falta um bocadinho percebermos as ferramentas que se devem utilizar no futuro.”

criança que é fruto de um tratamento de fertilidade)

Linguagem mais clara e objetiva	Capacidade para explicar claramente todos os passos do tratamento e a condição médica	“O que poderia ter sido diferente era a informação que nos foi dada desde que começamos a tentar engravidar fosse bastante clara, muito clara. Mais direta, pronto.”
---------------------------------	---	--

3.4. Expectativas da comunicação por parte dos pacientes

Por último, surgem as expectativas de comunicação por parte dos pacientes. Este é talvez o tema mais relevante para a investigação presente, e o segundo com maior referência (24,46%). As suas subcategorias encontram-se definidas de forma detalhada e exemplificadas na tabela 2.4. Destaca-se então a abordagem da saúde mental (4,34%), em especial o reencaminhar para apoio psicológico, aqui os pacientes não só reconhecem a necessidade de o clínico abordar mais a saúde mental, sentindo necessidade que estes descrevam o que o processo “*poderia acarretar em termos psicológicos*” (E5), potenciando assim um melhor ajustamento, mas também a capacidade do clínico em reconhecer que não consegue dar resposta às necessidades dos pacientes nesta área e conseqüentemente os reencaminhar para apoio especializado.

De seguida surge a necessidade de adaptação do estilo de comunicação ao casal (6,51%), considerando que as necessidades de comunicação e de acesso à informação de cada casal serão diferentes, é importante que o clínico consiga compreender “*qual é o contexto ali das pessoas para quem se estão a dirigir*” (E7) e o tipo de informação procurado por cada um para se conseguir ajustar. Para que isto seja possível os pacientes sugerem a aplicação do modelo de TDP (4,54%), através de auxiliares de decisão, como, por exemplo, uma “*sessão pontual onde nós possamos fazer o ponto da situação com a pessoa, com o médico, o profissional, com calma, então vamos cá olhar para isto tudo em vez de estarmos com a pressa de decidir aquilo que vamos fazer*” (E4), que a nova opção de tratamento seja introduzida “*delicadamente, muito delicadamente*” (E6) e que “*a forma como abordaram o tema*” seja de maior sensibilidade (E9), que exista um “*maior envolvimento por parte do casal que vai receber a doação*” (E4) para um deliberação real entre médicos e pacientes acerca das opções de tratamento e das suas possíveis conseqüências. Por outro lado, alguns pacientes desejam a TDP, mas defendem que “o

médico só deve ir até ao ponto em que, tecnicamente e cientificamente, explica o procedimento” (E2).

Os participantes mencionaram que preferiam *“ter tido mais informação” (E4)* (9,07%) do que aquela que receberam, tanto para antecipar e preparar cenários futuros, onde sentem que faltam *“as ferramentas que se devem utilizar no futuro.” (E3)*, como o fornecimento de mais informação com linguagem mais objetiva e clara ao longo de todo o processo, *“o que poderia ter sido diferente era a informação que nos foi dada desde que começamos a tentar engravidar fosse bastante clara, muito clara. Mais direta, pronto.” (E9).*

4. Discussão

O presente estudo, de tipo exploratório, é o primeiro a ser realizado na população portuguesa infértil que realizou tratamentos com recurso à doação de gâmetas. Procurou-se explorar as narrativas dos pacientes em relação à comunicação médico-paciente nessa transição, tendo sido encontrados 4 grandes temas. Os temas “fatores da equipa médica”, “fatores do paciente” e “fatores do contexto” fornecem-nos informação acerca da experiência dos participantes e o que estes destacam da mesma no que concerne à comunicação. Já o tema “expectativas da comunicação por parte dos pacientes” permite-nos perceber o que estes valorizam nestes contextos, mas que, muitas vezes, não encontraram.

Percebeu-se que de um modo geral os resultados obtidos parecem ir ao encontro daquilo que a literatura nos apresenta ao nível da comunicação médico-paciente dentro da tomada de decisão, tanto no contexto clínico em geral como nos tratamentos de fertilidade (Cegala et al., 1996; Dancet et al., 2010; Makoul & Clayman, 2006; van Empel et al., 2010). Mais ainda, os resultados parecem enquadrar-se no modelo do cuidado centrado no paciente, onde a preocupação se distancia da doença para se focar num cuidado personalizado de acordo com as preferências e preocupações dos pacientes, tendo em conta aspetos biológicos, psicológicos e sociológicos da condição médica (McCabe & Healey, 2018).

Tal como Rotar-Pavlic e colaboradores (2008) mencionaram, o maior acesso a informação sobre a saúde, bem como a maior instrução dos pacientes tem criado uma oportunidade de colaboração destes com os seus médicos. Mais ainda, os pacientes de tratamentos de fertilidade parecem ser na sua generalidade, e tal como a nossa amostra o

reflete, caracterizados por graus de escolaridade elevados, pelo que tendem a procurar autonomamente informação sobre a sua condição e opções de tratamento, bem como em demonstrar uma postura ativa e desejo pelo envolvimento no processo (Woodward, 2015). Neste sentido, também os nossos participantes referiram a sua literacia na saúde como sendo um fator protetor e promovedor do alcance de uma decisão consciente e, aparentemente, partilhada.

Notou-se uma tendência congruente com a literatura dos médicos em fornecerem a informação estritamente necessária para a compreensão do processo, mas sem um aprofundamento de questões mais técnicas e científicas, talvez por receio da falta de capacidade de compreensão dos pacientes (Wiener et al., 2018). No entanto, os participantes parecem valorizar que lhes seja transmitido o máximo de informação, de forma aprofundada e detalhada, ainda que respeitando a sua preparação para a receber. Por outro lado, não parecem ficar agradados com a reticência dos médicos em abordar questões mais complexas. Os pacientes, em várias áreas da saúde, mostram-se insatisfeitos com a informação que lhes é fornecida e também aqui se reflete essa tendência (Mounce, 2013). No fundo, as pessoas querem o máximo de informação possível, para alcançarem uma melhor preparação.

No que concerne à tomada de decisão partilhada, os pacientes identificaram algumas das características deste modelo, como a troca de informações, a deliberação e a discussão sobre opções. Se olharmos para o modelo de Makoul e Clayman (2006) não conseguimos afirmar que nas experiências dos nossos participantes estejam presentes todos os elementos essenciais de uma TDP. Já se olharmos para o modelo de Charles e colaboradores (1997) parecem estar garantidas todas as partes do processo, existindo pelo menos duas pessoas envolvidas, com trocas de informação, com uma deliberação, mais ou menos aprofundada, e uma tomada de decisão propriamente dita. Também nesse sentido, se nos orientarmos segundo a definição mais utilizada de TDP, proposta por Elwyn e colaboradores (2010) parecem cumpridos todos os critérios. Na TDP, ambas as partes partilham informação e nenhuma possui todo o conhecimento necessário (Steffensen et al., 2018). Outras *skills* relevantes são explicações claras e verificar a compreensão dos pacientes. Além disso devem criar um ambiente acolhedor de escuta ativa (Del Río-Lanza et al., 2016).

A tomada de decisão partilhada em cuidados de doenças crónicas parece ser influenciada pelo tempo da tomada de decisão, competências de comunicação do médico, o ambiente do sistema de saúde, preparação do paciente para tomar a decisão, confiança no médico, características pessoais do médico e do paciente, competência dos médicos (Tang et al., 2021). Os resultados aqui encontrados são bastante semelhantes, à exceção das

características pessoais do médico e do paciente que não aparecem aqui categorizadas explicitamente, mas que foram reveladas durante as entrevistas, quando as pessoas dizem valorizar uma postura humana, que o médico seja próximo, comunicativo e também revelam algumas das suas tendências pessoais em interações interpessoais. Por outro lado, o tempo da tomada de decisão não surgiu nas entrevistas. Em relação à preparação do paciente para tomar a decisão, também os participantes mencionaram o cuidado de alguns clínicos em respeitar o ritmo do casal para a transição, bem como esperam e valorizam isso mesmo.

Todos os participantes, quando questionados, afirmaram que a decisão em transitar para gâmetas doados foi partilhada entre o casal e a equipa médica. No entanto, 3 participantes defendem que ao médico cabe apenas a função de informar e ao casal a deliberação de opções, com o pesar de prós e contras, e a decisão final. Isto poderá implicar que aquilo que estes pacientes procuram é na realidade um modelo de escolha informada e não um de tomada de decisão partilhada. Mais ainda, a tese de que a decisão final caberá ao paciente é também encontrada noutros contextos de saúde como de pacientes com metástases espinhais (Barton et al., 2021). Ainda assim, a maioria dos participantes desejam estar envolvidos no processo, mas não excluem o médico do debate de opções. De facto, o acordo final entre médicos e pacientes parece ser mais importante do que o cumprimento rigoroso de todas as etapas do modelo de tomada de decisão partilhada no que toca à perceção dos pacientes sobre se esta foi alcançada ou não (Shay & Lafata, 2014).

Os participantes propõem ainda a utilização de auxiliares de decisão como facilitadores do processo de TDP. Certo é que o recurso a auxiliares de decisão se mostra enriquecedor nesse sentido, permitindo decisões mais informadas, conscientes e menos propícias a arrependimentos e maior satisfação com as escolhas de tratamento (Chen et al., 2021; O'Connor, 1996; Søndergaard et al., 2019).

O cuidado centrado no paciente, na generalidade dos cuidados de saúde, implica o desenvolvimento de uma relação baseada na confiança e facilitada pela comunicação entre paciente e prestador de cuidados, e uma relação de confiança entre paciente e médicos pode facilitar e apoiar o alcance de uma decisão partilhada (Truglio-Londrigan et al., 2012). Também aqui se verificou que os participantes que relatam uma relação terapêutica caracterizada pelo afeto e proximidade, bem como aqueles que revelam confiança na equipa médica, parecem refletir um maior agrado em relação ao processo de tomada de decisão, bem como em sentir-se envolvidos enquanto parte integrante da equipa. Os pacientes valorizam relações positivas com os profissionais de saúde, bem como sentirem-se cuidados como indivíduos e respeitados (Wright et al., 2004). Mais ainda, dentro dos contextos de

saúde atuais a ênfase no cuidado centrado no paciente aumenta, implicando o envolvimento do paciente, a participação, a colaboração e a tomada de decisão partilhada (Truglio-Londrigan et al., 2014).

Posto isto, as pessoas expressaram que não gostam de ser tratadas como um mero número, valorizando um tratamento personalizado e adaptado a si, às suas necessidades e circunstâncias. Dancet e colaboradores (2010) também haviam já referido a necessidade dos pacientes em serem tratados como humanos. Mais ainda, o humanismo em contexto clínico, descrito por Lee Roze e colaboradores (2018) abrange questões como o cuidado da pessoa como um todo, com valorização das suas necessidades, considerando as suas perspetivas e a relação proximal entre clínicos e pacientes para uma influência mútua, congruente com o modelo de cuidado centrado no paciente. Alguns participantes mencionaram que uma das razões que impedia este tratamento personalizado era precisamente o ritmo acelerado do contexto. Neste sentido, já Olafsdottir e colaboradores (2013) haviam concluído que as pessoas não se sentem “vistas” nestes contextos e que o ritmo acelerado que se faz sentir impede os pacientes de questionar os médicos ou de procurar suporte.

Assim, as aspirações dos participantes em relação ao cuidado centrado no paciente parecem ir de encontro às encontradas noutras áreas da saúde como o cancro, podendo ser atingido se os pacientes forem tratados com respeito, receberem informação honesta, sentirem-se valorizados enquanto pessoas e se forem convidados a participar nas decisões (Kvåle & Bondevik, 2008). Os resultados encontrados vão ainda de encontro àquilo que a literatura nos diz sobre o cuidado centrado no paciente dentro dos tratamentos de fertilidade, onde Dancet e colaboradores (2011) apresentam fatores essenciais para o mesmo, como informação, competência, acessibilidade, relação com a equipa, suporte emocional e envolvimento do paciente.

O sofrimento psicológico é apresentado na literatura como consequência dos tratamentos de fertilidade, e, por vezes, razão para desistir dos mesmos (Chan et al., 2019; Gameiro et al., 2012; Olivius et al., 2004; Verberg et al., 2008). Posto isto, é natural que estes pacientes procurem uma postura apoiante por parte da equipa médica. No entanto, as pessoas não buscam um embelezamento da situação, valorizando que os médicos sejam objetivos e que não os iludam com um “otimismo irreal”. A tendência para os médicos fornecerem mais esperança do que a real em relação à eficácia de um tratamento foi também encontrada por Peddie e colaboradores (2005).

É reconhecido o elevado impacto da comunicação na adesão e na continuação ou não dos tratamentos, bem como da relação estabelecida com a equipa médica e o contexto clínico

(Dancet et al., 2010; Gameiro et al., 2012; Matusitz & Spear, 2014). Embora nenhum dos participantes do presente estudo tenha interrompido totalmente os tratamentos por consequência da comunicação e da relação com a equipa médica, dois participantes (P1; P2) trocaram mesmo de clínica e/ou de médico devido às dificuldades comunicacionais “*era uma pessoa muito fechada, já era assim um pouco mais velho, muito fechado. Nós colocávamos algumas questões e ele quase que respondia assim por meias palavras também não gostei dele. Mas não foi por isso que parei o processo, pronto. Porque, entretanto, mudei de médica*” (P2).

Importa ainda referir que, no que concerne à exclusão do parceiro masculino na comunicação na tomada de decisão, isto poderá ser reflexo da centralidade dos tratamentos nas mulheres, mas também por estas apresentarem uma maior necessidade em ter controlo da visita, pelo *stress* e ansiedade sentidos (Leone et al., 2018).

Uma das grandes limitações deste estudo prende-se com restrições ao nível da generalização dos resultados. Por um lado, apenas um casal e um participante masculino foram entrevistados. Por outro lado, o estudo não inclui casais de mulheres, nem mulheres solteiras, isto porque estas não se encontram dentro da realidade da transição para a doação de gâmetas com ciclos feitos previamente com gâmetas próprios. Para que as conclusões daqui retiradas possam ser cimentadas seria importante que no futuro esta investigação fosse alargada a uma população mais heterogénea, com mais homens e mais casais. No entanto, e visto que se trata de uma abordagem primária desta problemática permitiu-se criar aqui um ponto de partida. Mais ainda, enquanto principal ponto forte, este é o primeiro estudo a recolher informação sobre as experiências da população portuguesa nesta temática.

Em suma, e de uma perspetiva geral dos resultados, o presente estudo apresenta-nos a informação, o apoio emocional e o cuidado personalizado como três aspetos extremamente valorizados por esta população. Mais ainda, chama-nos à atenção para falhas na comunicação para a transição, no sentido em que as pessoas parecem necessitar de mais informação, principalmente sobre ferramentas úteis a usar no futuro. Em comparação com outras populações de saúde a TDP na transição para a doação de gâmetas parece carecer de uma proximidade acrescida entre equipa e pacientes, maior enfoque na saúde mental e no ajustamento psicológico aos tratamentos, e um tratamento adequado ao seu diagnóstico e às suas especificidades enquanto casal. Mais ainda, a necessidade de maior apoio no que diz respeito ao ajustamento psicológico deve-se, em parte, ao facto de a infertilidade constituir

muitas vezes perdas de identidade e a procura por soluções médicas poder levantar questões morais. A necessidade de relação próxima com as equipas, de confiança permitir-lhes-á a comunicação, sem reservas, de preocupações, dúvidas e angústias. Urge que os profissionais de saúde procurem primeiramente conhecer os seus pacientes, procurando adaptar-se aos seus valores, necessidades e desejos, dotando-os de informação, com recurso a auxiliares de decisão, permitindo uma verdadeira deliberação sobre as opções. Para tal os médicos necessitarão de apoio organizacional, mais tempo, recursos e ambientes para garantir diálogos compreensivos para partilhar informação médica de várias disciplinas e perceber as preferências dos pacientes (Tang et al. 2022). Os médicos podem melhorar o cuidado centrado no paciente se fornecerem informação correta que seja personalizável para as circunstâncias individuais do paciente (Del Río-Lanza et al., 2016). Aquilo que se deve buscar é uma comunicação apoiante e aberta, onde o cuidado seja centrado no paciente e nas suas especificidades, permitindo assim criar as condições necessárias para atingir uma tomada de decisão partilhada.

5. Conclusão

O presente estudo procurava compreender de que forma ocorre a comunicação médico-paciente na transição para a doação de gâmetas de modo a compreender se a tendência encontrada na literatura poderia ser generalizável para estes contextos. Percebeu-se que de um modo geral a tendência se mantém, embora exista um enfoque acrescido na atenção que as equipas médicas devem prestar a fatores psicológicos, tendo em conta o sofrimento psicológico emergente da necessidade de recorrer a uma terceira pessoa para concretizar o projeto de parentalidade (Segers et al., 2019). No fundo, e tal como Dancet e colaboradores (2010) constataram, os pacientes de tratamentos de fertilidade não querem ser apenas mais um número, desejam um atendimento personalizado e adaptado ao seu caso em particular com todas as especificidades que o caracterizem, desejando uma relação próxima e apoiante com os médicos para que possam colocar questões e esclarecer dúvidas abertamente, sem entraves e receios. Dadas as especificidades destes contextos de tratamento e desta população, é importante que a equipa médica seja o mais cuidadosa

possível ao abordar estes casais, fazendo-os sentir como parte decisora do processo e sendo responsivos às necessidades individuais de cada um (Brandes et al., 2009).

Posto isto, e em jeito de sugestão futura, importa agora auscultar a outra parte interveniente, os médicos, e perceber qual a perspetiva destes acerca da comunicação e tomada de decisão na transição para a doação de gâmetas, para que seja possível retirarem-se conclusões mais ricas sobre o fenómeno, percebendo as suas fraquezas e potencialidades. Apenas assim será possível criar um modelo de comunicação adequado às necessidades dos pacientes e exequível pelos recursos dos profissionais de saúde.

Referências

- Allison J. (2011). Conceiving silence: infertility as discursive contradiction in Ireland. *Medical Anthropology Quarterly*, 25(1), 1–21. <https://doi.org/10.1111/j.1548-1387.2010.01123.x>
- Barton, L. B., Arant, K. R., Blucher, J. A., Sarno, D. L., Redmond, K. J., Balboni, T. A., Colman, M., Goodwin, C. R., Laufer, I., Placide, R., Shin, J. H., Sciubba, D. M., Losina, E., Katz, J. N., & Schoenfeld, A. J. (2021). Clinician Experiences in Treatment Decision-Making for Patients with Spinal Metastases: A Qualitative Study. *The Journal of bone and joint surgery. American volume*, 103(1), e1. <https://doi.org/10.2106/JBJS.20.00334>
- Bayer, S. R., & Alper, M. M. (2011). The infertility workup. Bayer, S. R., Alper, M. M. & Penzias, A. S. (Eds), *The Boston IVF handbook of infertility: a practical guide for practitioners who care for infertile couples*. (3rd ed., pp. 19-34) Informa Healthcare.
- Bayer, S.R. & Berger, M.J. (2018) Factors Affecting Fertility. In Bayer, S. R., Alper, M. M., Penzias, A. S., & Boston Ivf. (Eds). *The Boston IVF handbook of infertility: a practical guide for practitioners who care for infertile couples* (4th ed., pp. 12-20) <https://doi.org/10.4324/9781351241496>
- Bracewell-Milnes, T., Saso, S., Bora, S., Ismail, A. M., Al-Memar, M., Hamed, A. H., Abdalla, H., & Thum, M.-Y. (2016). Investigating psychosocial attitudes, motivations and experiences of oocyte donors, recipients, and egg sharers: a systematic review. *Human Reproduction Update*, 22(4), 450–465. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmw006>
- Berg, B. J., & Wilson, J. F. (1991). Psychological functioning across stages of treatment for infertility. *Journal of Behavioral Medicine*, 14(1), 11–26. <https://doi.org/10.1007/bf00844765>
- Bernardi, L. (2003). Channels of social influence on reproduction. *Population Research and Policy Review*, 22(5–6), 527–555. <https://doi.org/10.1023/B:POPU.0000020892.15221.44>

- Blennborn, M., Nilsson, S., Hillervik, C., & Hellberg, D. (2005). The couple's decision-making in IVF: one or two embryos at transfer? *Human Reproduction*, 20(5), 1292–1297. <https://doi.org/10.1093/humrep/deh785>
- Boivin, J., Bunting, L., Collins, J. A., & Nygren, K. G. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Human Reproduction*, 22(10), 2800–2800. <https://doi.org/10.1093/humrep/dem299>
- Brandes, M.; Hamilton, C.J.C.M.; de Bruin, J.P.; Nelen, W.L.D.M.; Kremer, J.A.M. (2010). The relative contribution of IVF to the total ongoing pregnancy rate in a subfertile cohort. *Human Reproduction*, 25(1), 118-126 <https://doi.org/10.1093/humrep/dep341>
- Brandes, M., van der Steen, J. O., Bokdam, S. B., Hamilton, C. J., de Bruin, J. P., Nelen, W. L., & Kremer, J. A. (2009). When and why do subfertile couples discontinue their fertility care? A longitudinal cohort study in a secondary care subfertility population. *Human reproduction*, 24(12), 3127–3135. <https://doi.org/10.1093/humrep/dep340>
- Wright, E. B., Holcombe, C., & Salmon, P. (2004). Doctors' communication of trust, care, and respect in breast cancer: qualitative study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 328(7444), 864. <https://doi.org/10.1136/bmj.38046.771308.7C>
- Carrillo, M. M. T. & Pareja, P. D. C. (2007). Apoyo Psicológico en Pacientes que Recurren a Tratamiento de Reproducción Asistida con Donación de Gametos. In Moreno, A., Díaz, D. G., Baccio, G., Molla, V. G., Pareja, P. D. C., Carrilo, M. M. T., Herrera, K. G & Rabanaque, M. G (Eds), *Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en reproducción asistida*. 73-87.
- Cegala, D. J., McGee, D. S., & McNeilis, K. S. (1996). Components of patients' and doctors' perceptions of communication competence during a primary care medical interview. *Health Communication*, 8(1), 1–27. https://doi.org/10.1207/s15327027hc0801_1
- Charles, C., Whelan, T., & Gafni, A. (1999). What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 319(7212), 780–782. <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7212.780>
- Chan, C., Lau, B., Tam, M., & Ng, E. (2019). Preferred problem solving and decision-making role in fertility treatment among women following an unsuccessful in vitro

- fertilization cycle. *BMC women's health*, 19(1), 153. <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0856-5>
- Chen, C. H., Kang, Y. N., Chiu, P. Y., Huang, Y. J., Elwyn, G., Wu, M. H., Kang, J. H., Hou, W. H., & Kuo, K. N. (2021). Effectiveness of shared decision-making intervention in patients with lumbar degenerative diseases: A randomized controlled trial. *Patient education and counseling*, 104(10), 2498–2504. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.03.002>
- Coulter, A. & Collins, A. (2011) *Making Shared Decision Making a Reality. No Decision about Me, without Me*. Kings Fund, 1-56.
- Cousineau, T. M., & Domar, A. D. (2007). Psychological impact of infertility. Best practice & research. *Clinical obstetrics & gynaecology*, 21(2), 293–308. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.12.003>
- Cramond, J. (1998). Counselling Needs of Patients Receiving Treatment with Gamete Donation. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 8(4), 313-321. [https://doi.org/10.1002/\(SICD\)1099-1298\(199807/08\)8:4<313::AID-CASP493>3.0.CO;2-F](https://doi.org/10.1002/(SICD)1099-1298(199807/08)8:4<313::AID-CASP493>3.0.CO;2-F)
- Dancet, E. A., Nelen, W. L., Sermeus, W., De Leeuw, L., Kremer, J. A., & D'Hooghe, T. M. (2010). The patients' perspective on fertility care: a systematic review. *Human Reproduction Update*, 16(5), 467-487. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmq004>
- Daniluk, J. C. (2001). “If We had it to Do Over Again...”: Couples’ Reflections on their Experiences of Infertility Treatments. *The Family Journal*, 9(2), 122–133. <https://doi.org/10.1177/1066480701092006>
- Dawadi, S., Takefman, J., & Zelkowitz, P. (2018). Fertility patients demonstrate an unmet need for the provision of psychological information: A cross sectional study. *Patient education and counseling*, 101(10), 1852–1858. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.06.013>
- Del Río-Lanza, A. B., Suárez-Álvarez, L., Suárez-Vázquez, A., & Vázquez-Casielles, R. (2016). Information provision and attentive listening as determinants of patient perceptions of shared decision-making around chronic illnesses. *SpringerPlus*, 5(1), 1386. <https://doi.org/10.1186/s40064-016-3086-4>
- Eddy D. M. (1990). Clinical decision making from theory to practice. Anatomy of a decision. *JAMA*, 263(3), 441–443. <https://doi.org/10.1001/jama.263.3.441>

- Elwyn, G., Laitner, S., Coulter, A., Walker, E., Watson, P., & Thomson, R. (2010). Implementing shared decision making in the NHS. *BMJ (Clinical research ed.)*, 341, c5146. <https://doi.org/10.1136/bmj.c5146>
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A., & Barry, M. (2012). Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of general internal medicine*, 27(10), 1361–1367. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>
- Entwistle, V., Prior, M., Skea, Z. C., & Francis, J. J. (2008). Involvement in treatment decision-making: Its meaning to people with diabetes and implications for conceptualisation. *Social Science & Medicine*, 66(2), 362–375. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.09.001>
- Fernández, D., Girolami, M., Jadur, S., Melijovich, I., Baccaro, M. M., & Willner, R. (2006). Guías para la Intervención Psicológica en tratamientos de medicina reproductiva de alta complejidad. *Revista*, 21, 23-26.
- Gameiro, S., Boivin, J., Peronace, L., & Verhaak, C. M. (2012). Why do patients discontinue fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment. *Human reproduction update*, 18(6), 652-669. <https://doi.org/10.1093/humupd/dms031>
- Goldfarb, J.M., Austin, C.M., Lisbona, H., de Mola, R.L., Peskin, B., & Stewart, S. (2007). Factors influencing patients' decision not to repeat IVF. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 14, 381-384. <https://doi.org/10.1007/BF02766144>
- Golombok, S., Murray, C., Jadv, V., Lycett, E., MacCallum, F., & Rust, J. (2006). Non-genetic and non-gestational parenthood: consequences for parent-child relationships and the psychological well-being of mothers, fathers, and children at age 3. *Human reproduction* (Oxford, England), 21(7), 1918–1924. <https://doi.org/10.1093/humrep/del039>
- Green, J., & Thorogood, N. (2018). *Qualitative methods for health research*. sage.
- Greenfeld, D. A. (1996). The course of infertility: Immediate and long-term reactions. In *Session: Psychotherapy in Practice: Psychotherapy in Practice*, 2(2), 5-16. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6572\(199622\)2:2<5::AID-SESS2>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6572(199622)2:2<5::AID-SESS2>3.0.CO;2-O)
- Greenfeld D. A. (2015). Effects and outcomes of third-party reproduction: parents. *Fertility and sterility*, 104(3), 520–524. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.07.1128>

- Greil A. L. (1997). Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Social science & medicine*, 45(11), 1679–1704. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(97\)00102-0](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(97)00102-0)
- Greil, A. L., Slauson-Blevins, K., & McQuillan, J. (2010). The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociology of health & illness*, 32(1), 140–162. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01213.x>
- Hammond K. (2018). The role of normative ideologies of motherhood in intended mothers' experiences of egg donation in Canada. *Anthropology & medicine*, 25(3), 265–279. <https://doi.org/10.1080/13648470.2018.1507483>
- Hendriks, S., Peeraer, K., Bos, H., Repping, S., & Dancet, E. (2017). The importance of genetic parenthood for infertile men and women. *Human reproduction (Oxford, England)*, 32(10), 2076–2087. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex256>
- Indekeu, A., & Lampic, C. (2021). The interaction between donor-conceived families and their environment: parents' perceptions of societal understanding and attitudes regarding their family-building. *Human fertility*, 24(1), 14–23. <https://doi.org/10.1080/14647273.2018.1533256>
- Janis, I., & Mann, L. (1977). *Decision Making: A Psychological Analysis of Conflict, Choice, and Commitment*. Free Press.
- Kirkman-Brown, J. C., & Martins, M. V. (2020). ‘Genes versus children’: if the goal is parenthood, are we using the optimal approach? *Human Reproduction*, 35(1), 5–11. <https://doi.org/10.1093/humrep/dez256>
- Kvåle, K., & Bondevik, M. (2008). What is important for patient centred care? A qualitative study about the perceptions of patients with cancer. *Scandinavian journal of caring sciences*, 22(4), 582–589. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00579.x>
- Larsen U. (2005). Research on infertility: which definition should we use? *Fertility and sterility*, 83(4), 846–852. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2004.11.033>
- Lee Roze des Ordon, A., de Groot, J. M., Rosenal, T., Viceer, N., & Nixon, L. (2018). How clinicians integrate humanism in their clinical workplace-'Just trying to put myself in their human being shoes'. *Perspectives on medical education*, 7(5), 318–324. <https://doi.org/10.1007/s40037-018-0455-4>
- Leone, D., Borghi, L., Del Negro, S., Becattini, C., Chelo, E., Costa, M., De Lauretis, L., Ferraretti, A. P., Giuffrida, G., Livi, C., Luehwink, A., Palermo, R., Revelli, A., Tomasi, G., Tomei, F., Filippini, C., & Vegni, E. (2018). Doctor-couple

- communication during assisted reproductive technology visits. *Human reproduction*, 33(5), 877–886. <https://doi.org/10.1093/humrep/dey069>
- Lima, N.S. (2020). Las competencias profesionales del/a psicólogo/a en donación de gametos. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Loneck, B. M., & Kola, L. A. (1989). Using the Conflict-Theory Model of Decision Making to Predict Outcome in the Alcoholism Intervention. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 5(3-4), 119–136. https://doi.org/10.1300/j020v05n03_09
- Luke, B., Brown, M. B., Wantman, E., Stern, J. E., Baker, V. L., Widra, E., Coddington, C. C., 3rd, Gibbons, W. E., & Ball, G. D. (2014). A prediction model for live birth and multiple births within the first three cycles of assisted reproductive technology. *Fertility and sterility*, 102(3), 744–752. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2014.05.020>
- Mahlstedt P. P. (1985). The psychological component of infertility. *Fertility and sterility*, 43(3), 335–346. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(16\)48428-1](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(16)48428-1)
- Makoul, G., & Clayman, M. L. (2006). An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient education and counseling*, 60(3), 301–312. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.06.010>
- Martins, M. V., Peterson, B. D., Costa, P., Costa, M. E., Lund, R., & Schmidt, L. (2013). Interactive effects of social support and disclosure on fertility-related stress. *Journal of Social and Personal Relationships*, 30(4), 371–388. <https://doi.org/10.1177/0265407512456672>
- Matusitz, J., & Spear, J. (2014). Effective Doctor–Patient Communication: An Updated Examination. *Social Work in Public Health*, 29(3), 252–266. <https://doi.org/10.1080/19371918.2013.776416>
- McCabe, R., & Healey, P. (2018). Miscommunication in Doctor-Patient Communication. *Topics in cognitive science*, 10(2), 409–424. <https://doi.org/10.1111/tops.12337>
- Mikesell, L., Bromley, E., Young, A. S., Vona, P., & Zima, B. (2016). Integrating client and clinician perspectives on psychotropic medication decisions: Developing a

- communication-centered epistemic model of shared decision making for mental health contexts. *Health Communication*, 31(6), 707-717. <https://doi.org/10.1080/10410236.2014.993296>
- Mounce, G. (2013). An overview of information giving in fertility clinics. *Human Fertility*, 16(1), 8-12. <https://doi.org/10.3109/14647273.2012.755571>
- Nejati, B., Lin, C. C., Aaronson, N. K., Cheng, A., Browall, M., Lin, C. Y., Broström, A., & Pakpour, A. H. (2019). Determinants of satisfactory patient communication and shared decision making in patients with multiple myeloma. *Psycho-oncology*, 28(7), 1490–1497. <https://doi.org/10.1002/pon.5105>
- O'Connor, A. M. (1996). The Cochrane Database of Systematic Reviews (Reviews) || *Decision aids for people facing health treatment or screening decisions.*, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001431>
- Olafsdottir, H. S., Wikland, M., & Möller, A. (2013). Nordic couples' decision-making processes during assisted reproduction treatments. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 4(2), 49-55. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2013.04.003>
- Olivius, C., Friden, B., Borg, G., & Bergh, C. (2004). Why do couples discontinue in vitro fertilization treatment? A cohort study. *Fertility and sterility*, 81(2), 258–261. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2003.06.029>
- Peddie, V.L., Van Teijlingen, E.R., & Bhattacharya, S. (2005). A qualitative study of women's decision-making at the end of IVF treatment. *Human reproduction*, 20 7, 1944-51. <https://doi.org/10.1093/humrep/deh857>
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine (2013). Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: a committee opinion. *Fertility and sterility*, 99(1), 63. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.09.023>
- Rauprich, O., Berns, E., & Vollmann, J. (2011). Information provision and decision-making in assisted reproduction treatment: results from a survey in Germany. *Human Reproduction*, 26(9), 2382–2391. <https://doi.org/10.1093/humrep/der207>
- Romero, G. (2020) Maternidades lésbicas y semen donado: simbolizaciones en pugna. In Lima, N.S. & Rossi, M. *Desafíos actuales en la clínica de la reproducción humana asistida* (p. 66). Nueva Editorial Universitaria.
- Rotar-Pavlic, D., Svab, I., & Wetzels, R. (2008). How do older patients and their GPs evaluate shared decision-making in health care? *BMC Geriatrics*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2318-8-9>

- Scaravelli, G., & Spoletini, R. (2015). The application of reproductive techniques (ART): worldwide epidemiology phenomenon and treatment outcomes. In Watson, R. R. (Ed). *Handbook of fertility: nutrition, diet, lifestyle, and reproductive health*. (1st ed., pp. 75-87) <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800872-0.00007-X>
- Schmidt, L., Holstein, B., Christensen, U., & Boivin, J. (2005). Does infertility cause marital benefit? An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment. *Patient education and counseling*, 59(3), 244–251. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.07.015>
- Schoenfeld, E. M., Goff, S. L., Downs, G., Wenger, R. J., Lindenauer, P. K., & Mazor, K. M. (2018). A Qualitative Analysis of Patients' Perceptions of Shared Decision Making in the Emergency Department: "Let Me Know I Have a Choice". *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 25(7), 716–727. <https://doi.org/10.1111/acem.13416>
- Segers, S., Pennings, G. & Mertes, H. (2019) Getting what you desire: the normative significance of genetic relatedness in parent–child relationships. *Med Health Care and Philos* 22, 487–495. <https://doi.org/10.1007/s11019-019-09889-4>
- Sewitch, M. J., Abrahamowicz, M., Dobkin, P. L., & Tamblyn, R. (2003). Measuring differences between patients' and physicians' health perceptions: the Patient–Physician Discordance Scale. *Journal of Behavioral Medicine*, 26(3), 245-264. <https://doi.org/10.1023/A:1023412604715>
- Shay, L. A., & Lafata, J. E. (2014). Understanding patient perceptions of shared decision making. *Patient Education and Counseling*, 96(3), 295–301. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.07.017>
- Steffensen, K. D., Vinter, M., Crüger, D., Dankl, K., Coulter, A., Stuart, B., & Berry, L. L. (2018). Lessons in Integrating Shared Decision-Making into Cancer Care. *Journal of oncology practice*, 14(4), 229–235. <https://doi.org/10.1200/JOP.18.00019>
- Simpson, M., Buckman, R., Stewart, M., Maguire, P., Lipkin, M., Novack, D., & Till, J. (1991). Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ (Clinical research ed.)*, 303(6814), 1385–1387. <https://doi.org/10.1136/bmj.303.6814.1385>
- Søndergaard, S. R., Madsen, P. H., Hilberg, O., Jensen, K. M., Olling, K., & Steffensen, K. D. (2019). A prospective cohort study of shared decision making in lung cancer diagnostics: Impact of using a patient decision aid. *Patient Education and Counseling*, 102(11), 1961–1968. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.05.018>

- Stacey, D., Légaré, F., Lewis, K., Barry, M. J., Bennett, C. L., Eden, K. B., Holmes-Rovner, M., Llewellyn-Thomas, H., Lyddiatt, A., Thomson, R., & Trevena, L. (2017). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *The Cochrane database of systematic reviews*, 4(4), CD001431. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001431.pub5>
- Stewart M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 152(9), 1423–1433.
- Tang, C., Wang, A., & Yan, J. (2022). Exploring motivations and resistances for implementing shared decision-making in clinical practice: A systematic review based on a structure-process-outcome model. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 25(4), 1254–1268. <https://doi.org/10.1111/hex.13541>
- Trounson, A., Leeton, J., Besanko, M., Wood, C., & Conti, A. (1983). Pregnancy established in an infertile patient after transfer of a donated embryo fertilised in vitro. *British medical journal (Clinical research ed.)*, 286(6368), 835–838. <https://doi.org/10.1136/bmj.286.6368.835>
- Truglio-Londrigan, M., Slyer, J. T., Singleton, J. K., & Worrall, P. (2012). A qualitative systematic review of internal and external influences on shared decision-making in all health care settings. *JBI library of systematic reviews*, 10(58), 4633–4646. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2012-432>
- van Empel, I. W., Nelen, W. L., Tepe, E. T., van Laarhoven, E. A., Verhaak, C. M., & Kremer, J. A. (2010). Weaknesses, strengths and needs in fertility care according to patients. *Human reproduction*, 25(1), 142–149. <https://doi.org/10.1093/humrep/dep362>
- Veiga, M., Puccio, M., y Tamburelli, V. (2013). ¿Qué relación existe entre estrés, ansiedad e infertilidad? *Reproducción*, 28(3), 79-89
- Verberg, M. F., Eijkemans, M. J., Heijnen, E. M., Broekmans, F. J., de Klerk, C., Fauser, B. C., & Macklon, N. S. (2008). Why do couples drop-out from IVF treatment? A prospective cohort studies. *Human reproduction (Oxford, England)*, 23(9), 2050–2055. <https://doi.org/10.1093/humrep/den219>
- Woodward J. T. (2015). Third-party reproduction in the Internet Age: the new, patient-centered landscape. *Fertility and sterility*, 104(3), 525–530. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.05.030>

- World Health Organization (2003). The World Health report 2002. *Midwifery*, 19(1), 72–73. <https://doi.org/10.1054/midw.2002.0343>
- Wiener, R. S., Koppelman, E., Bolton, R., Lasser, K. E., Borrelli, B., Au, D. H., Slatore, C. G., Clark, J. A., & Kathuria, H. (2018). Patient and Clinician Perspectives on Shared Decision-making in Early Adopting Lung Cancer Screening Programs: a Qualitative Study. *Journal of general internal medicine*, 33(7), 1035–1042. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4350-9>
- Xavier, M. J., Roman, S. D., Aitken, R. J., & Nixon, B. (2019). Transgenerational inheritance: how impacts to the epigenetic and genetic information of parents affect offspring health. *Human reproduction update*, 25(5), 518–540. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmz017>
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., Sullivan, E., Vanderpoel, S., International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology, & World Health Organization (2009). International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World
- Zolnierok, K.B.H. & Dimatteo, M.R. (2009) Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-Analysis. *Medical Care*, 47, 826–834. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31819a5acc>

Anexos

A – Guião da entrevista

Guião da entrevista

Tal como descrito no consentimento informado enviado, queremos compreender melhor como é realizada a tomada de decisão quando o casal passa por tratamentos de fertilidade com doação, e esperamos que deste modo possamos ajudar futuramente os clínicos e os pacientes a melhor comunicarem.

(apontar diretamente os seguintes dados sociodemográficos)

- Idade e idade do parceiro
- Escolaridade e escolaridade do parceiro
- Data em que iniciaram tentativa de conceção
- Data em iniciaram tratamentos: nº IUI, FIVs gâmetas próprios

Vou fazer em seguida algumas perguntas, lembrando que pode não responder ou terminar a qualquer momento esta entrevista se por qualquer motivo.

1. Quando se colocou como hipótese a doação de gâmetas, como é que lhe foram apresentadas as várias opções para concretizar o seu projeto de parentalidade? Estas opções foram apresentadas de uma forma clara? (Pode-me contar um pouco mais?)
2. Pode-me contar resumidamente na sua perspetiva como foi a decisão do casal da doação de gâmetas? O que pesaram em termos de prós e contras?
3. Como caracteriza a comunicação com a equipa médica ao longo do processo?
 - a. O que correu bem e o que correu mal? (O que poderia ter sido melhor?)
 - b. Sentiu que deram resposta às suas questões?
 - c. Sentiu que conseguiu transmitir ao seu médico tudo aquilo que queria?

Gostaria de lhe falar sobre o conceito de tomada de decisão partilhada, que se refere ao fato de as decisões ao nível de tratamentos médicos serem partilhadas por médico e paciente. Uma característica importante desta abordagem é o questionamento, por parte do médico, acerca daquilo que é mais importante para o paciente – por exemplo, efeitos secundários dos tratamentos, parentalidade genética, etc. No fundo, no âmbito da doação de

gâmetas, o médico procura perceber, com o paciente, se o tratamento é uma opção viável para o mesmo, garantindo que o paciente toma uma decisão que vá ao encontro dos seus valores, prioridades e preferências.

4. Em relação ao tratamento com doação, sente que houve uma tomada de decisão partilhada? Quem colocou inicialmente esta hipótese?
 - a. Gostaria de ter estado mais ou menos envolvido nesta decisão?
 - b. Em perspetiva, qual a percentagem que atribuiria à influência do médico na sua decisão? (de 0 a 100%)
 - c. Houve outros profissionais de saúde que influenciaram esta transição? Se sim mencione quais e refira a percentagem de influência? (de 0 a 100%)
 - d. Houve familiares ou amigos que influenciaram esta transição? Se sim mencione quais e refira a percentagem de influência? (de 0 a 100%)
5. Olhando para trás, o que acha que deveria ou poderia ter sido diferente e que vos ajudaria a tomar esta decisão de uma forma mais consistente ou tranquila?
6. Neste processo, já alguma vez discordou de uma proposta ou plano de tratamento? Se sim, sentiu-se suficientemente confortável para dizer que não concordava?
7. Neste processo, já alguma vez sentiu que não conseguia ou podia comunicar o que sentiu sobre algum passo ou procedimento relativo ao tratamento com doação?
8. De que forma é que os diferentes profissionais de saúde podem melhorar a comunicação com os pacientes para ajudar nesta tomada de decisão? (há alguma coisa que ache que se tenha esquecido de dizer até agora e queira mencionar?)

De seguida vou apresentar 2 cenários hipotéticos que gostaria que comentasse se possível.

O primeiro:

A Joana tem 39 anos e foi-lhe diagnosticada uma reserva ovárica muito baixa. Vem com o marido à consulta de follow-up após 5 tentativas falhadas de fertilização in vitro. O médico diz-lhes que não há condições médicas para realizar novo tratamento e que, por isso, não “aceita” realizar novo tratamento aquele casal, a não ser que aceitem realizar o tratamento com gâmetas doados.

9. Nesta situação, acha que o médico fez bem em tomar a decisão unilateralmente ou gostava que ele tivesse deixado o casal fazer parte da decisão? (Pode explicar porquê?)

Vou agora descrever o segundo:

A Clara tem 41 anos, pesa 71 kg e mede 1,68 m. Não tem nenhum diagnóstico específico para além dos parâmetros expetáveis para a sua idade, nem o marido. Fizeram 2 ciclos FIV com insucesso. Neste momento as suas probabilidades de alcançar uma gravidez são as seguintes: concepção espontânea - 8%, FIV com gâmetas próprios - 19%, e FIV com ovócitos doados 54%.

10. Qual seria a melhor opção para este casal?
- 10.1 Que fatores deveriam pesar?
11. Qual deveria ser o grau de implicação do médico na tomada de decisão? Idealmente, qual a percentagem que deveria ser atribuída ao médico nesta de tomada de decisão?
12. Há outros profissionais de saúde que deveriam estar implicados na tomada de decisão? Que percentagem lhes deveria ser atribuída?
13. O que poderia mais ajudar a Clara e o marido?
14. Gostaria de acrescentar ou perguntar alguma coisa? Muito obrigada pela sua participação.

(se participante perguntar não esquecer de esclarecer questões que já estão no consentimento informado – gravação, transcrição, desistências, divulgação dos resultados)

B – Consentimento informado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A presente investigação visa melhor compreender o percurso realizado por casais heterossexuais que realizaram tratamentos de Procriação Medicamente Assistida com recurso à doação de gâmetas.

Para isso utilizamos uma metodologia qualitativa, que se operacionaliza na realização de uma entrevista semiestruturada confidencial, cuja gravação áudio será *transcrita verbatim* (palavra a palavra) e os dados pessoais eliminados ou anonimizados. A participação neste estudo poderá desencadear memórias e emoções não desejadas, visto provocar o reviver de um processo complexo e bastante pessoal. No entanto, mesmo que aceite participar, terá todo o direito de recusar-se a responder a qualquer pergunta ao longo da entrevista, sem precisar de se justificar sobre essa decisão. Além disso, poderá desistir de participar na entrevista e no estudo em qualquer fase do processo.

Por outro lado, a partilha da sua história poderá provocar um sentimento de bem-estar e altruísmo por se disponibilizar a ser parte integrante num processo cujo objetivo será melhorar os contextos em que estes tratamentos de procriação medicamente assistida ocorrem, permitindo facilitar o processo futuro de mulheres que percorram esta caminhada.

Os seus dados pessoais, assim como as respostas ao questionário e/ou a entrevista, não serão divulgados. A privacidade sobre os dados confidenciais envolvidos na investigação será respeitada e o seu tratamento ocorrerá em conjunto com o dos demais participantes. A sua participação não incorrerá em custos financeiros.

Este projeto teve parecer favorável a Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e Ciências da Comunicação da Universidade do Porto.

Caso surja alguma dúvida em relação à sua participação, investigação, ou caso queira conhecer os resultados globais do estudo, poderá contactar a investigadora responsável, através dos seguintes contatos: Ana Rita Nogueira up201608515@edu.fpce.up.pt; Catarina Rodrigues up201709408@edu.fpce.up.pt; Juliana Pedro juliana_bpedro@hotmail.com; Mariana Veloso Martins – mmartins@fpce.up.pt

Fui informado(a) e devidamente esclarecido(a) a respeito do projeto de investigação intitulado “**O caminho até à PMA com doação de gâmetas – obstáculos e aprendizagens**”, Assim, DECLARO, que após recebidos todos os esclarecimentos CONSINTO, voluntariamente, em participar desta investigação.

Porto, de de 2022.

Nome do/a participante: _____

Assinatura do participante