

WALESCA VIANA RIBEIRO¹

ROSALY RULLI COSTA²

CARLA MARIA MARTINS DA SILVA³

VINICIUS MEDINA LOPES⁴

Ovo recepção: perfil das pacientes em lista de espera no programa do Hospital Regional da Asa Sul, Brasília, Distrito Federal

Oocyte reception: patients' profile in a waiting list of the program of Hospital Regional da Asa Sul, Brasília, Distrito Federal

Artigos originais

Palavras-chave

Fertilização *in vitro*
Oócitos
Doação de oócitos
Esterilização tubária
Infertilidade feminina/terapia
Técnicas reprodutivas assistidas

Keywords

Fertilization *in vitro*
Oocytes
Oocyte donation
Sterilization, tubal
Infertility, female/therapy
Reproductive techniques, assisted

Resumo

OBJETIVO: descrever o perfil epidemiológico das pacientes inscritas em lista de espera e principais indicações para o programa de ovo recepção do Hospital Regional da Asa Sul (HRAS) em Brasília, Distrito Federal. **MÉTODOS:** estudo descritivo prospectivo em que foram pesquisadas 330 mulheres inscritas na lista de espera do programa, das quais foram incluídas 67 mulheres independente do fator de infertilidade e que ainda não tinham sido contempladas com o tratamento. Foram excluídas 30 mulheres que moravam em outras cidades, 50 pacientes com idade superior ou igual a 50 anos, 24 pacientes que não desejavam participar do trabalho, nove pacientes que pediram exclusão do programa e 150 pacientes não localizadas por contato telefônico. As pacientes incluídas foram chamadas a responder a um questionário e tiveram seus prontuários recuperados para confirmar a realização da propedêutica necessária, a fim de estabelecer a causa da infertilidade. Os dados foram registrados e analisados pelo programa SPSS versão 12.0. **RESULTADOS:** o perfil epidemiológico das pacientes inclui faixa etária de 40 a 49 anos (82%), não brancas (77,6%), católicas (71,6%), casadas (59,7%), com escolaridade de primeiro ou segundo grau (76,1%), com infertilidade secundária (53,6%) por laqueadura tubária (40,3%) e que começaram a tentar engravidar até 35 anos (91%). Para estas mulheres, a principal indicação para ovo recepção foi idade no momento da inscrição no programa, seguida por baixa reserva ovariana. **CONCLUSÃO:** os resultados encontrados demonstram a realização indiscriminada de laqueadura tubária. O programa de ovo recepção beneficia mulheres com prognóstico reprodutivo reservado.

Abstract

PURPOSE: describe epidemiologic profile of patients enrolled in the oocyte reception program at Hospital Regional da Asa Sul (HRAS) in Brasília, Distrito Federal, Brazil, and its main indications. **METHODS:** prospective descriptive study, in which 330 patients enrolled in the waiting list program were studied. Sixty-seven women, irrespective of their infertility factor and that had not been contemplated by the treatment were included. Thirty women who lived in other cities, 50 patients over 50 years old, 24 patients that didn't want to take part in the study, nine patients that asked to be left out of the program and 150 women that couldn't be found by phone calls were excluded. The 67 patients included were interviewed in order to answer a questionnaire. Their medical handbook was recovered to confirm that the investigation required to establish the cause of infertility had been done. The data was registered and analyzed by SPSS version 12.0 software. **RESULTS:** the patients' epidemiologic profile is age range 40 to 49 years old (82%), non-white skinned (77,6%), catholic (71,6%), married (59,7%), in high school (76,1%), secondary infertility (53,6%) from which due to tubal sterilization (40,3%) and those ones who started trying to conceive before 35 years old (91%). The main indication to enroll in this oocyte reception program was age and low ovarian reserve. **CONCLUSION:** the results demonstrated the indiscriminate tubal sterilization. The oocyte reception program benefits women with reserved reproductive prognostic.

Correspondência:

Rosalys Rulli Costa
SHIS QI 15, Hospital Brasília, Consultório 3
CEP 71635-200 – Brasília/DF
Fone: (61) 3248-0101 – Fax: (61) 3248-1200
E-mail: rosalyrulli@terra.com.br

Recebido

08/01/2007

Aceito com modificações

21/08/2007

Trabalho realizado no Hospital Regional da Asa Sul – Brasília (DF), Brasil.

¹ Residente do Terceiro Ano de Reprodução Humana do Hospital Regional da Asa Sul (HRAS) – Brasília (DF), Brasil.

² Coordenadora do Programa de Reprodução Humana do Hospital Regional da Asa Sul (HRAS) – Brasília (DF), Brasil.

³ Preceptora da Residência Médica de Reprodução Humana do Hospital Regional da Asa Sul (HRAS) – Brasília (DF), Brasil.

⁴ Consultor Científico do Programa de Reprodução Humana do Hospital Regional da Asa Sul (HRAS) – Brasília (DF), Brasil.

Introdução

Com a mudança do comportamento feminino e sua participação no mercado de trabalho, a mulher passou a priorizar a formação profissional e a estabilidade financeira, postergando a maternidade¹ em detrimento de sua biologia, uma vez que a função reprodutiva feminina não acompanha este comportamento do mundo moderno. Nos Estados Unidos, na década de 1980, a taxa de nascimento do primeiro filho em mulheres com idade entre 35 e 39 anos aumentou 81%².

O decréscimo observado na fecundidade com o avançar da idade é devido a diversos fatores, entre eles a diminuição da qualidade dos oócitos³ e o aumento na incidência de aneuploidias embrionárias com subsequente elevação do número de abortamentos espontâneos⁴. Além de enfrentar várias dificuldades mesmo em centros de reprodução humana para obter gestação de conceito hígido, a paciente com idade avançada apresenta maior risco de complicações obstétricas como *diabetes mellitus*, restrição do crescimento intra-uterino, infecções e descolamento prematuro de placenta⁵.

A doação de oócitos é técnica de reprodução assistida viável e ética, na qual o gameta feminino é fornecido pela doadora a uma receptora e fecundado pelo sêmen do parceiro da receptora⁶. Inicialmente usada como terapia para as mulheres com falência ovariana prematura ou com defeitos genéticos hereditários⁷, atualmente as indicações são amplas, incluindo insucessos repetidos em ciclos de fertilização *in vitro* (FIV), má resposta à estimulação ovariana e alguns casos de abortamento de repetição⁷, sendo opção reprodutiva com excelentes resultados para pacientes com mais de 40 anos e com prognóstico reservado.

Para ser doadora, a mulher deve ter de 21 e 34 anos, bom estado psicofísico, histórico negativo para doença de transmissão genética, testes negativos para HIV, sífilis, hepatite B e C e cultura negativa para *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*⁸.

As doadoras de oócitos podem ser classificadas em seis modalidades, de acordo com o tipo de doação⁶: altruísta, parental, mercantil, relação cruzada ou anônima personalizada, compensada e compartilhada.

Define-se doação altruísta quando, espontaneamente, uma mulher que produziu uma quantidade considerável de oócitos aceita doar todos ou alguns para outra mulher que lhe é desconhecida. A doação ocorre quando uma irmã, parente ou amiga decide doar oócitos após se submeter ao estímulo ovariano e coleta ovular. A maioria das autoridades se opõe a este tipo de doação devido ao temor pelas conseqüências psicológicas para os participantes. Na doação mercantil, este ato é compensado por

uma retribuição financeira. Este tipo de doação é o mais questionável, por haver comercialização de produtos do próprio corpo⁹. Na relação cruzada ou anônima personalizada, uma mulher, que necessita de oócitos seleciona uma doadora que oferecerá seus oócitos a uma outra mulher. Essa receptora, beneficiada, em contrapartida providencia uma doadora, igualmente de modo anônimo, para a primeira mulher. Doação compensada, em que uma mulher, que deseja uma ligadura tubária – ou mesmo diante de indicação cirúrgica frente a uma patologia benigna – aceita se submeter à estimulação ovariana, coleta de oócitos e doação dos mesmos em troca da viabilização da cirurgia prevista. A doação compartilhada de oócitos envolve duas mulheres, ambas inférteis, que não se conhecem: uma candidata à recepção de oócitos e a outra, também com indicação de FIV, jovem e com reserva ovariana adequada ao processo e, além disso, disposta a doar o excedente dos seus oócitos. Nesse procedimento, os custos e os oócitos obtidos (quando coletados em número maior que seis) são partilhados pelas duas pacientes. Em pacientes jovens com menos de 35 anos, que recuperaram mais de seis oócitos, a doação dos gametas excedentes no ciclo FIV não prejudicou as taxas de gravidez².

A doação de oócitos não tem indicação e é eticamente condenável para casais que pretendam melhorar a carga genética no produto da concepção e para mulheres que não querem correr os riscos da estimulação e captação de oócitos, preferindo que outra mulher o faça¹⁰.

A legislação de vários países já contempla o tipo de doação oocitária permitida. Nos Estados Unidos¹¹, por exemplo, a doação de gametas pode ter caráter comercial, permitindo-se que a mulher que necessita de ovodoação escolha a doadora e a remunere pelo procedimento. Já em Israel, a única forma de doação permitida é a compartilhada e o tratamento é subsidiado pelo governo¹².

Nos países em que a comercialização ou o compartilhamento de oócitos é proibido, existe uma longa espera de pacientes pela doação de oócitos estrangeiros, o que é comumente referido como “turismo reprodutivo”⁷. De acordo com registros da Bélgica, em 1999, 60% dos participantes do programa de ovo recepção eram estrangeiros¹³. Aproximadamente metade das participantes de estudo realizado nos Estados Unidos afirmou que a motivação primária para a doação de oócitos foi compensação financeira, que varia de 500 a 4.000 dólares¹⁴.

No Brasil, o Conselho Federal de Medicina determina, por meio da Resolução CFM nº. 1358/92, artigo IV, que a doação de oócitos não pode ter caráter lucrativo e que o anonimato deve ser preservado, o que restringe o número de doadoras disponíveis².

O desejo do parceiro e a questão religiosa interferem no ato de não querer doar oócitos¹⁴. A maioria das

religiões – judaísmo, islamismo, catolicismo – proíbe a doação de gametas, tanto feminino como masculino¹⁴.

É de pouco conhecimento o perfil epidemiológico das candidatas à ovo recepção, sendo o objetivo deste trabalho descrever as características das receptoras e conhecer as principais indicações para ovo recepção.

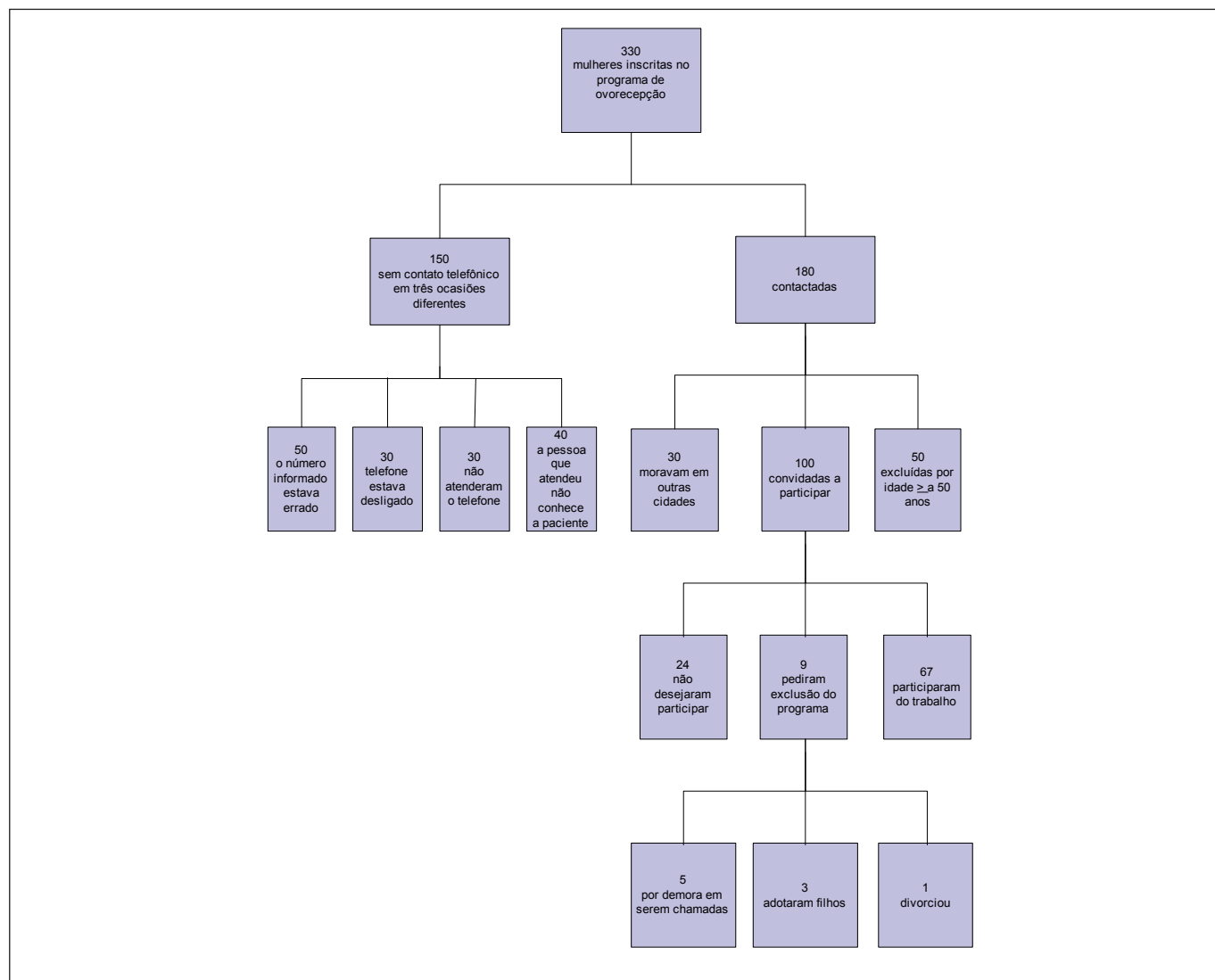
Métodos

Este estudo, classificado como descritivo prospectivo, foi realizado na cidade de Brasília, DF, com pacientes inscritas na lista de espera do programa de ovo recepção do Hospital Regional da Asa Sul (HRAS). Foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa, recebendo sua aprovação (parecer 129/2006). Todas as pacientes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

O setor de Reprodução Humana da Unidade de Ginecologia e Obstetrícia do HRAS, hospital público

localizado no centro de Brasília, oferece, desde agosto de 1987, atendimento terciário nas áreas de infertilidade conjugal, com procedimentos de alta e baixa complexidade, planejamento familiar, endoscopia ginecológica, assistência ao climatério e ginecologia endócrina na capital federal, cidades do entorno e estados vizinhos.

Foram incluídas no trabalho mulheres inscritas na lista de espera do programa de ovo recepção do HRAS no período de 1º de janeiro de 1998 a 30 de setembro de 2006, que concordaram em participar do estudo, independente do fator de infertilidade, e que ainda não tinham sido contempladas pelo programa. Foram considerados como critério de exclusão mulheres com idade igual ou superior a 50 anos, que não foram localizadas por contato telefônico, que não desejaram participar do trabalho, que solicitaram exclusão do programa e as que não responderam ao questionário segundo o Quadro 1.



Quadro 1 - Distribuição das pacientes em lista de espera no programa de ovo recepção.

Para serem incluídas no programa de ovo recepção, as mulheres deveriam ter idade igual ou superior a 39 anos ou ter níveis de hormônio folículo-estimulante (FSH) no terceiro dia do ciclo menstrual superiores a 10 mUI/mL, confirmados em pelo menos duas ocasiões diferentes. Esses critérios definem mulheres com baixa reserva ovariana que dificilmente conseguiriam engravidar com seus próprios oócitos.

Identificadas pelas fichas de inscrição, as mulheres foram chamadas a responder ao questionário previamente elaborado para o estudo. Sua aplicação ocorreu em outubro de 2006 e continha as seguintes informações: idade atual, raça, religião, estado civil, escolaridade, ocupação, história obstétrica, se os parceiros tinham ou não filhos desta ou de outra união, grau de satisfação pelo programa, tempo de espera na lista até o momento e o tempo que levou para chegar ao serviço desde o diagnóstico de infertilidade.

Após preenchimento dos questionários, os prontuários das pacientes incluídas foram recuperados para confirmar a realização da propedêutica necessária para estabelecer a causa da infertilidade. Os dados foram registrados e analisados pelo programa SPSS versão 12.0.

Resultados

Em relação às nuligestas, três pacientes (9,7%) começaram a tentar engravidar antes dos 20 anos, sete

Tabela 1 - Perfil epidemiológico das pacientes inférteis inscritas no programa de ovo recepção.

	n	%
Idade atual		
Até 34 anos	6	9
35-39 anos	6	9
40 a 49 anos	55	82
Raça		
Branca	15	22,4
Não-branca	52	77,6
Religião		
Católica	48	71,6
Evangélica	16	23,9
Sem religião/outra	3	4,5
Estado civil		
Casada	40	59,7
União estável	27	40,3
Escolaridade		
Primeiro grau	25	37,3
Segundo grau	26	38,8
Terceiro grau	16	23,9
Ocupação		
Dona de casa	16	23,9
Fora do domicílio	51	76,1

(22,6%) entre 20 e 25 anos, nove (29%) entre 26 e 30 anos, sete (22,6%) entre 31 e 35 anos, quatro (12,9%) entre 36 e 40 anos e uma paciente (3,2%) com 41 anos ou mais. Entre as 36 pacientes (53,7%) que já tinham gestado pelo menos uma vez, 21 (58,3%) iniciaram as tentativas antes de 19 anos, oito (22,2%) entre 20 e 25 anos, quatro (11,1%) entre 26 e 30 anos, duas (5,5%) entre 31 e 35 anos e uma (2,9%) entre 36 e 40 anos (Tabela 1).

A história obstétrica das pacientes inscritas no programa de ovo recepção, incluindo paridade, abortamento e número de gestações, está descrita na Tabela 2. As causas de infertilidade estão resumidas na Tabela 3, destacando-se a laqueadura tubária como principal (40,3%).

Quarenta e cinco parceiros (67,2%) não tinham filhos, 21 (31,3%) tinham filhos de outra união e um (1,5%) tinha filho desta união.

A idade foi a principal indicação para inscrição no programa de ovo recepção para 48 mulheres (71,6%), seguida por baixa reserva ovariana para 17 mulheres (25,4%) e ooforectomia bilateral para duas (3%).

Tabela 2 - História obstétrica das pacientes inférteis inscritas no programa de ovo recepção.

	n	%
Gesta		
0	31	46,3
1	7	10,4
2-3	21	31,4
>3	8	11,9
Para		
0	37	55,2
1	2	3,0
2-3	23	34,3
>3	5	7,5
Aborto		
0	49	73,1
1	15	22,4
2 ou mais	3	4,5

Tabela 3 - Causa de infertilidade das pacientes inscritas no programa de ovo recepção.

	n	%
Laqueadura tubária bilateral	27	40,3
Baixa reserva ovariana (FSH >10)	14	20,9
Esterilidade sem causa aparente (ESCA)	11	16,4
Obstrução tubária	5	7,5
Masculino	3	4,4
Ooforectomia bilateral	2	3,0
Salpingectomia bilateral	2	3,0
Endometriose	2	3,0
Aborto habitual	1	1,5

Cinquenta e uma mulheres (76%) informaram cinco anos ou mais de espera desde o diagnóstico de infertilidade e a inscrição no programa de ovo recepção, enquanto que seis (9%) informaram tempo de quatro anos, quatro (6%) referiram três anos, e seis (9%) referiram período de até dois anos.

Quanto ao tempo de espera na lista de ovo recepção, 29 mulheres (43,3%) se inscreveram há até um ano no programa, 14 (20,9%) estavam inscritas no período de dois a três anos, 13 (19,4%) entre quatro e cinco anos, dez (14,9%) entre seis e sete anos, e uma paciente (1,5%) há oito anos.

Estão insatisfeitas pela demora para serem chamadas para o procedimento 50 pacientes (74,6%), enquanto 17 (25,4%) informam estarem satisfeitas, apesar de ainda não terem sido chamadas para a realização do procedimento.

Discussão

O questionário aplicado neste trabalho teve o intuito de demonstrar o perfil epidemiológico das mulheres inscritas em lista de espera do programa de ovo recepção. O perfil das pacientes inclui idade atual entre 40 e 49 anos, ser não-branca, católica, ter parceiro fixo, escolaridade de primeiro ou segundo grau, trabalhar fora do domicílio e ter gestado pelo menos uma vez. Apesar de 71,6% das receptoras serem católicas, a religião não foi fator impeditivo para entrarem na lista de espera de ovo recepção, podendo evidenciar que o desejo da maternidade tem maior importância que a opção religiosa.

Em relação às nuligestas pesquisadas, 26 (83,9%) começaram tentar engravidar até os 35 anos e as que já tinham gestado pelo menos uma vez foram 35 (97,1%). Estes dados contrastam com os da literatura, que mostram tendência em adiar a maternidade².

Observa-se que 46,3% das mulheres eram nuligestas e 40,6% que já haviam gestado tinham sido submetidas à laqueadura tubária bilateral. A freqüente busca por tratamento pela ovo recepção após laqueadura tubária demonstra o despreparo dessas mulheres no momento de optar por não mais ter filhos e submeter-se a um procedimento de esterilização¹⁵.

Em relação às outras causas de infertilidade, seguem em ordem de freqüência a baixa reserva ovariana (20,9%) e a esterilidade sem causa aparente (16,4%).

A mudança de cônjuge, a ausência de filhos do marido (67,2%) e a ausência de filhos na relação atual

(31,3%) podem revelar o desejo ou a necessidade de aumentar o vínculo entre os cônjuges por meio da prole. Gerar um filho de um homem que ainda não foi pai promoveria sensação de solidez e segurança no relacionamento.

A idade como mais freqüente indicação da ovo recepção não é dado concordante com outros autores, que apontaram menopausa (30%), insucesso em tentativas anteriores de FIV (37%) e diminuição da reserva ovariana (33%)¹⁶.

A idade de 55 mulheres (82%) variou entre 40 e 49 anos, com a média de idade de 43 anos, o que contrasta com achados de outros autores, que demonstram variação de 41,2 anos¹⁷ a 39,4 anos¹⁶. Uma possível causa para receptoras com idade mais avançada nesse estudo pode ser o longo período entre o desejo de realizar o tratamento e sua inscrição no programa de ovo recepção. Cinquenta e uma mulheres (76%) informaram cinco anos ou mais de espera desde o diagnóstico de infertilidade até a inscrição no programa, o que parece revelar a dificuldade das mulheres em chegar ao serviço. Este fato poderia interferir em seu futuro reprodutivo.

Conseqüência do tempo de espera prolongado é a possibilidade de gravidez em idade avançada, o que demanda assistência pré-natal especializada e riscos gestacionais aumentados¹⁸. Além disto, este fato exclui a possibilidade de utilização da carga genética da paciente.

O tempo de espera da receptora por uma doadora apresenta relação inversa com o grau de satisfação dos casais¹⁹. Este tempo pode ser justificado pela grande demanda de casais que procuram o HRAS, além da escassez de doadoras. O grau de insatisfação de 74,6% seria maior que o encontrado, caso tivesse sido possível manter contato com as pacientes excluídas, visto que é mais fácil contactar pacientes que entraram na fila em período mais recente.

Uma limitação desse estudo foi a impossibilidade de avaliar todas as mulheres inscritas na lista de espera do programa de ovo recepção. No entanto, os resultados encontrados poderiam advertir sobre a realização indiscriminada da laqueadura tubária. Percebe-se ainda a importância do programa de ovo recepção no Sistema Único de Saúde (SUS), pois este permite que mulheres com prognóstico reprodutivo reservado tenham possibilidade de engravidar. Apesar da idade as pacientes tentam superar as limitações fisiológicas para atingir o objetivo da maternidade por meio do programa de ovo recepção compartilhada.

Referências

- Lamarche C, Levy R, Felloni B, de Mouzon J, Denis-Belicard E, Huss M, et al. Assisted reproductive techniques in women aged 38 years or more. *Gynecol Obstet Fertil*. 2007;35(5):420-9.
- Cavalcante E, Juliano Y, Pereira DM, Catafesta E, Shimabukuro L, Cury MCF, et al. Resultados das técnicas de reprodução assistida em mulheres doadoras de oócitos no ciclo de tratamento. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005;27(11):661-4.
- Vialard F, Lombroso R, Bergere M, Gomes DM, Hammoud I, Bailly M, et al. Oocyte aneuploidy mechanisms are different in two situations of increased chromosomal risk: older patients and patients with recurrent implantation failure after in vitro fertilization. *Fertil Steril*. 2007;87(6):1333-9.
- Lambers MJ, Mager E, Goutbeek J, McDonnell J, Homburg R, Schats R, et al. Factors determining early pregnancy loss in singleton and multiple implantations. *Hum Reprod*. 2007;22(1):275-9.
- Bateman BT, Simpson LL. Higher rate of stillbirth at the extremes of reproductive age: a large nationwide sample of deliveries in the United States. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;194(3):840-5.
- Lopes JRC, Lopes VM, Brasileiro JPB, Pereira TR, Café TC, Santos JJM, et al. Doação compartilhada de óvulos (DCO): uma alternativa ética? *J Bras Reprod Assist*. 2006;10(1):10-6.
- Steiner AZ, Paulson RJ. Oocyte donation. *Clin Obstet Gynecol*. 2006;49(1):44-54.
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine; Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology. 2006 Guidelines for Gamete and Embryo Donation. *Fertil Steril*. 2006;86(5 Suppl):S38-50.
- Pennings G. Gamete donation in a system of need-adjusted reciprocity. *Hum Reprod*. 2005;20(11):2990-3.
- Cortiñas PS. Ética y donación del gameto femenino. *Interciencia*. 2001;26(9):404-11.
- Ahuja KK, Simons EG, Edwards RG. Money, morals and medical risks: conflicting notions underlying the recruitment of egg donors. *Hum Reprod*. 1999;14(2):279-84.
- Rabinerson D, Dekel A, Orvieto R, Feldberg D, Simon D, Kaplan B. Subsidised oocyte donation in Israel (1998-2000): results, costs and lessons. *Hum Reprod*. 2002;17(5):1404-6.
- Gunning J. Oocyte donation: the legislative framework in Western Europe. *Hum Reprod*. 1998;13 Suppl 2:S98-102.
- Isikoglu M, Senol Y, Berkkanoglu M, Ozgur K, Donmez L, Stones-Abbasi A. Public opinion regarding oocyte donation in Turkey: first data from a secular population among the Islamic world. *Hum Reprod*. 2006;21(1):318-23.
- Samrslam M, Nunes JC, Kalume C, Cunha ACR, Garrafa V. Expectativa de mulheres à espera de reprodução assistida em hospital público do DF – estudo bioético. *Rev Assoc Med Bras*. 2007;53(1):47-52.
- Bodri D, Vernaeve V, Guillén JJ, Vidal R, Figueras F, Coll O. Comparison between a GnRH antagonist and a GnRH agonist flare-up protocol in oocyte donors: a randomized clinical trial. *Hum Reprod*. 2006;21(9):2246-51.
- Thum MY, Gafar A, Wren M, Faris R, Ogunyemi B, Korea L, et al. Does egg-sharing compromise the chance of donors or recipients achieving a live birth? *Hum Reprod*. 2003;18(11):2363-7.
- Braveman FR. Pregnancy in patients of advanced maternal age. *Anesthesiol Clin*. 2006;24(3):637-46.
- McCartney CF, Wada CY. Gender differences in counseling needs during infertility treatment. In: Stotland NC. *Psychiatric aspects of reproductive technology*. Washington (DC): American Psychiatric Press; 1990. p. 141-54.