



Psicologia, Saúde e Doenças

ISSN: 1645-0086

spps@clix.pt

Sociedade Portuguesa de Psicologia da
Saúde
Portugal

Gouveia, Joana; Galhardo, Ana; Cunha, Marina; Couto, Margarida
GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO: ASPETOS PSICOLÓGICOS-UMA REVISÃO DA
LITERATURA

Psicologia, Saúde e Doenças, vol. 18, núm. 1, 2017, pp. 248-262

Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde
Lisboa, Portugal

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36250481020>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

GESTÃO DE SUBSTITUIÇÃO: ASPETOS PSICOLÓGICOS-UMA REVISÃO DA LITERATURA

Joana Gouveia^{1,3,✉}, Ana Galhardo^{1,2,4}, Marina Cunha^{1,2,5}, & Margarida Couto^{1,6}

¹Departamento de Psicologia, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, Portugal. ²CINEICC –Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. ³e-mail: joanapereiragouveia@gmail.com; ⁴e-mail: anagalhardo@ismt.pt; ⁵e-mail: marina_cunha@ismt.pt; ⁶e-mail: margaridacouto@ismt.pt

RESUMO: A infertilidade é definida como uma condição médica com repercussões no bem-estar físico, psicológico e social. Avanços na medicina da reprodução têm possibilitado a muitos casais a concretização da parentalidade. Diversos tratamentos médicos e o recurso a gametas de dador ou embriões doados, constituem desenvolvimentos para a resolução de casos de infertilidade. Ainda assim, os casais que apresentam ausência de útero, malformações ou doença uterina veem-se impossibilitados de experienciar uma gravidez. A gestão de substituição poderia dar resposta à condição de infertilidade. Contudo, esta é uma prática que gera controvérsia, não sendo permitida em muitos países.

O objetivo desta revisão é providenciar um corpo de conhecimento organizado em função dos resultados de estudos que procuraram explorar aspectos psicológicos relacionados com a gestão de substituição. Em concreto, foram analisados estudos que abordaram a adaptação marital, a revelação da forma de concepção, o bem-estar físico e psicológico do casal e da criança, o contacto com a gestante de substituição, e a adaptação à parentalidade.

Foram examinados 10 estudos longitudinais, com os principais resultados: a gestão de substituição é considerada *“uma experiência positiva”*, os casais beneficiários aparentam ter um bom funcionamento conjugal, a revelação da forma de concepção tende a ser iniciada precocemente, o contacto com a gestante de substituição é mantido, os casais apresentam menor stress e maior bem-estar físico e psicológico ao longo da gestão, e a adaptação à parentalidade até aos três anos apresenta um valor superior às demais formas de concepção.

Palavras-Chave: infertilidade, gestão de substituição, aspetos psicológicos

SURROGACY FOR INFERTILITY: PSYCHOLOGICAL ASPECTS –A REVIEW OF THE LITERATURE

ABSTRACT: Infertility is defined as a clinical condition with repercussions on the physical, psychological and social wellbeing. Progresses in reproductive medicine have been enabling infertile couples to achieve parenthood. In this context, medical treatments and the use of donor gametes or donated embryos are important developments for the resolution of many infertility cases. Nevertheless, for several reasons and due to the reasonably low success rate of such treatments, there are couples who face greater difficulties. Among these are those which in the absence of a uterus, uterine malformations or disease find themselves unable to experience a pregnancy. In these circumstances surrogacy is the only chance to solve their

✉ Instituto Superior Miguel Torga – Departamento de Psicologia, Largo da Cruz de Celas, nº1, 3000-132 Coimbra. Telf.: +351 239 488030/Fax: +351 239 488031. e-mail: joanapereiragouveia@gmail.com

infertility. However, this practice generates controversy, objections, and questions and is prohibited in most European countries.

The objective of this review is to provide a body of knowledge based on results from studies that sought out to explore psychological aspects of surrogacy. Studies were analysed considering surrogacy as a solution for infertility, marital adjustment, disclosure to the child, physical and psychological well-being of the beneficiary couple and child, contact with the surrogate, and adjustment to parenting.

Ten longitudinal studies were examined, with the following main results: surrogacy is considered a "positive experience", all beneficiaries couples show a good marital relationship, disclosure intends to occur at an early age, contact with the surrogate is held, beneficiaries couples show less stress and greater physical and psychological well-being during pregnancy, and adjustment to parenthood is higher until the child is 3 years old.

Keywords: infertility, surrogate, psychological aspects

Recebido a 13 de Maio de 2016/ 09 de Fevereiro de 2017

Desde 1986 que a Fertilização *In Vitro* (FIV) é praticada em Portugal, contudo, só recentemente se tem observado um maior interesse pela realização de estudos na área da psicologia relacionados com o recurso às técnicas de procriação medicamente assistida. Do ponto de vista legal, a oficialização da Procriação Medicamente Assistida (PMA) pela Assembleia da República ocorreu a 26 de Julho de 2006, com a lei nº32/2006. Ainda assim, neste enquadramento legal o recurso à maternidade de substituição ou gestação de substituição não foi promulgado e este continua a ser um tema em debate parlamentar. O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV), em 2012, aborda esta mesma questão salientando a importância do esclarecimento dos seguintes conceitos: maternidade – **“estado ou qualidade de mãe** (Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, 2013); e gestação – **“tempo que medeia entre a concepção e o parto, gravidez”** (Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, 2013). Apesar do conceito consagrado no decreto de lei nº32/2006, ponto 8, ser maternidade de substituição, este poderá ser **“indiciador de equívocos e ambiguidades éticas e antropológicas”**, uma vez que na maternidade existe um vínculo jurídico, responsável por direitos e deveres da mulher enquanto mãe e o seu filho (CNECV, 2012, p.8). Deste modo, o CNECV propõe a adoção dos constructos *gestação de substituição* e *gestante de substituição* que, objetivamente, traduzem o processo e o fim a que se destinam – **“transferência/implantação uterina do embrião humano e eventual parto no fim da gravidez evolutiva”** (CNECV, 2012, p. 8). Na presente revisão da literatura será esta a terminologia adotada.

A infertilidade conjugal é definida pelo International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology e pela Organização Mundial de Saúde como **“uma doença do sistema reprodutor definida pela incapacidade de alcançar uma gravidez clínica após 12 meses ou mais de relações sexuais desprotegidas”** (Zegers-Hochschild et al., 2009, p.2687).

Uma outra definição aponta a infertilidade como uma **“doença de carácter clínico pelas alterações causadas no bem-estar físico, psicológico e social dos intervenientes”** (Oliveira, Granja, & Sousa, 2013, p. 5). A Organização Mundial de Saúde define-a como a **“ausência de gravidez após 24 meses de relações sexuais regulares e desprotegidas”**, sendo que demograficamente é observada como a **“incapacidade de uma mulher com relações sexuais desprotegidas ter um filho vivo”** (Larsen, 2005, p. 846).

Atendendo aos dados disponibilizados pela Direção Geral de Saúde, Almeida-Santos e Moura-Ramos (2010) referem que 30-40 % dos diagnósticos de infertilidade são de causa feminina, 30-55% apresentam uma causa masculina, cerca de 30% resultam de causas feminina e masculina em simultâneo, e em 10% das situações a causa é desconhecida ou idiopática. As principais causas de infertilidade na

mulher poderão estar relacionadas com perturbações da ovulação (oligomenorreia ou amenorreia), anomalias tubares e/ou peritoneais, endometriose, anomalias do muco cervical, patologia uterina, anomalias genéticas com efeito em termos do funcionamento ovário, e doenças autoimunes (ex., diabetes *mellitus* tipo I, lúpus eritematoso sistémico, doenças da tiroide e artrite reumatoide). Relativamente à infertilidade de fator masculino, esta poderá ter a ver com perturbação na produção de espermatozoides (causas secretoras – oligospermia ou azoospermia), sequelas resultantes de infeções ou cirurgias anteriores que impedem a progressão dos espermatozoides através do trato genital (causas excretoras) e perturbações na ejaculação.

Aquando da impossibilidade de reprodução da vida humana de forma espontânea, a parentalidade poderá ser alcançada através de tratamentos médicos, designados como técnicas de procriação medicamente assistida (PMA). Estes poderão corresponder a inseminação intrauterina, FIV, microinjeção intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI), o recurso a gâmetas ou a embriões de dadores, e a gestação de substituição (Ahlsarmadi, 2012).

A gestação de substituição é, segundo Burrel e Edozien (2014, p. 272), “**o meio de casais inférteis – com problemas de saúde ou de sexualidade – superarem a incapacidade de ter um filho**”. Tal acontece através da transferência/implantação uterina do embrião humano, numa terceira pessoa, consistindo esta gestação na gravidez de outra mulher, a gestante, para gerar o bebé que será entregue ao casal beneficiário, renunciando a responsabilidade parental (Burrel, & Edozien, 2014; Christianah, 2013). A gestação de substituição é categorizada em dois tipos: genética – realizada por meio de inseminação do gâmeta masculino no ovócito da gestante de substituição, criando uma ligação biológica da gestante à criança; ou gestacional – realizada por FIV com gâmetas do casal beneficiário/dadores sendo o embrião transferido para a gestante (Jadva, Blake, Casey, & Golombok, 2012). Para efeitos jurídicos é realizado um acordo entre o casal beneficiário e a gestante. O acordo poderá ser de carácter comercial – a gestante recebe um pagamento do casal pelo serviço prestado; ou altruísta, com total ausência de pagamento entre as partes. Ambos os acordos, independentemente da origem, tendem a ser complexos, incluindo cláusulas destinadas a prevenir possíveis eventualidades, como anomalias fetais, morte da gestante, cirurgia inesperada, aborto espontâneo, deficiências na criança, nascimento de um nato-morto, entre outras (Burrel & Edozien, 2014).

Como prática que gera controvérsia, a gestação de substituição é proibida na maioria dos países europeus. A sua legalização na América do Norte e em países asiáticos é mantida com critérios de inclusão e exclusão elaborados pelos decisores políticos de cada país/estado (Benshushan & Schenker, 1997; Biclet, 2014; Hatzis, 2010; Nakash & Herdiman, 2007; Shetty, 2012). No Quadro 1 encontra-se sintetizada a informação relativa à legalização/proibição do recurso à gestação de substituição.

Considerando a informação apresentada, a necessidade de contornar o impedimento legal começou a **surgir. O denominado “Cross Border Reproductive Care”/“Infertility Tourism”** consiste na prática de viajar para outro país para a realização de tratamentos de fertilidade, tendo-se tornado um fenómeno global. No entanto, a escassez de estudos nesta área específica dificulta a compreensão das suas implicações. O baixo custo dos tratamentos associado às condições legais, ao desejo de privacidade e à qualidade dos tratamentos, parece justificar o recurso a esta prática. Deste modo, tornou-se imperativo a regulação e harmonização legal, económica, ética, social e religiosa, que fica a cargo de organizações como a *European Society of Human Reproduction and Embryology* (ESHRE), a *American Society for Reproductive Medicine* (ASRM) e o *International Committee Monitoring Assisted Reproductive Technologies* (ICMART) (ASRM, 2013; Salama, 2014).

Quadro 1.
Gestação de Substituição no Mundo

		Legalizada	Proibida	Especificidades
América Do Norte	E.U.A	X		Apenas 11 dos 32 estados têm leis definidas, sendo o estado do Texas que possui as leis melhor definidas.
	Canadá	X		Permitida apenas gestação de substituição altruísta/ não-comercial.
Europa	Portugal	X		Apenas a altruísta/não-comercial e em circunstâncias clínicas definidas (e.g., ausência de útero)
	Espanha		X	
	França		X	
	Grécia	X		Apenas permitida a gestação de substituição altruísta após aprovação judicial.
	Holanda	X		Apenas a altruísta/não-comercial.
	Suíça		X	
	Suécia		X	
	Finlândia	X		Apenas a altruísta/não-comercial.
	Alemanha		X	
	Áustria		X	
	Dinamarca	X		Apenas a altruísta/não-comercial.
	Reino Unido	X		Apenas a altruísta/não-comercial.
	Irlanda	X		Apenas a altruísta/não-comercial.
	Bélgica	X		Apenas a altruísta/não-comercial.
Ásia	Israel	X		Supervisão obrigatória. Questões religiosas, sociais e legais de estatuto ainda em discussão.
	Japão		X	
	Rússia	X		
	Índia	X		Legalizada em 2002. Sem regulamentação legal. Pagamento obrigatório.
Austrália			X	Apenas 2 dos 8 estados permitem.

Em Portugal, até muito recentemente, a prática da gestação de substituição não era tida como técnica de PMA (decreto de lei nº32/2006, artigo 2), pois as “técnicas de PMA são um método subsidiário, e não alternativo, de procriação” (artigo 8), sendo acessíveis somente a pessoas heterossexuais casadas ou em união de facto há pelo menos 2 anos com prévio diagnóstico de infertilidade, doença grave ou risco de transmissão de doença (artigo 4). No entanto, recentemente assistiu-se à alteração da lei em Portugal, sendo que na atualidade é permitido “o acesso à gestação de substituição nos casos de ausência de útero, de lesão ou de doença deste órgão que impeça de forma absoluta e definitiva a gravidez” (lei nº25/2016, de 22 de agosto, artigo 1). De salientar que o CNECV recomenda a “promoção de estudos longitudinais e registos para aquisição de evidência sobre a informação inerente às diversas facetas (não apenas técnicas), tanto da PMA, como da gestação de substituição” (CNECV, 2012, p.12).

Atendendo ao anteriormente exposto, o principal objetivo desta revisão é dada a inexistência de um estudo desta natureza em Portugal, providenciar um corpo de conhecimento organizado em função dos resultados de estudos conduzidos noutros países e que procuraram explorar os seguintes aspetos psicológicos: adaptação marital, revelação da forma de conceção, bem-estar físico e psicológico do casal beneficiário e da criança, contacto com a gestante de substituição e adaptação à parentalidade.

MÉTODO

Pesquisa bibliográfica

Numa fase inicial do presente estudo procedeu-se à pesquisa bibliográfica da literatura existente em cinco bases de dados, nomeadamente Pubmed, Elsevier, Cochrane Library e PsylInfo, sendo considerado o período de publicação entre 2000 e 2015. Contudo, apenas na Pubmed e na Elsevier foram identificados artigos mediante a terminologia de pesquisa utilizada. Com efeito, foram selecionados, a partir do *Internacional Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology* (ICMART) e da Organização Mundial de Saúde (OMS) (Zegers-Hochschild et al., 2009), os termos *infertility* e *surrogate*. Por sua vez, enquanto constructos da área da Psicologia, foram escolhidas as seguintes palavras-chave: *bond*, *link*, *mother-child*, *relationship*, *psychological consequences*. A pesquisa foi realizada usando as palavras-chave acima indicadas na língua inglesa face à inexistência de publicações de carácter científico, sobre a matéria em análise, na língua portuguesa.

Seleção dos Estudos

Os estudos foram selecionados caso apresentassem os seguintes critérios de inclusão: publicação no intervalo de tempo considerado, ou seja, de 2000 a 2015, gestação de substituição enquanto opção alternativa à infertilidade, adaptação marital, revelação da forma de concepção, bem-estar físico e psicológico do casal beneficiário e da criança, contacto com a gestante de substituição e adaptação à parentalidade.

Procedeu-se à exclusão dos artigos pesquisados que não se enquadravam nos objetivos do presente estudo e de duplicações em bases de dados, ficando selecionados 10 estudos. A Figura 1 ilustra o processo realizado para a seleção dos estudos.

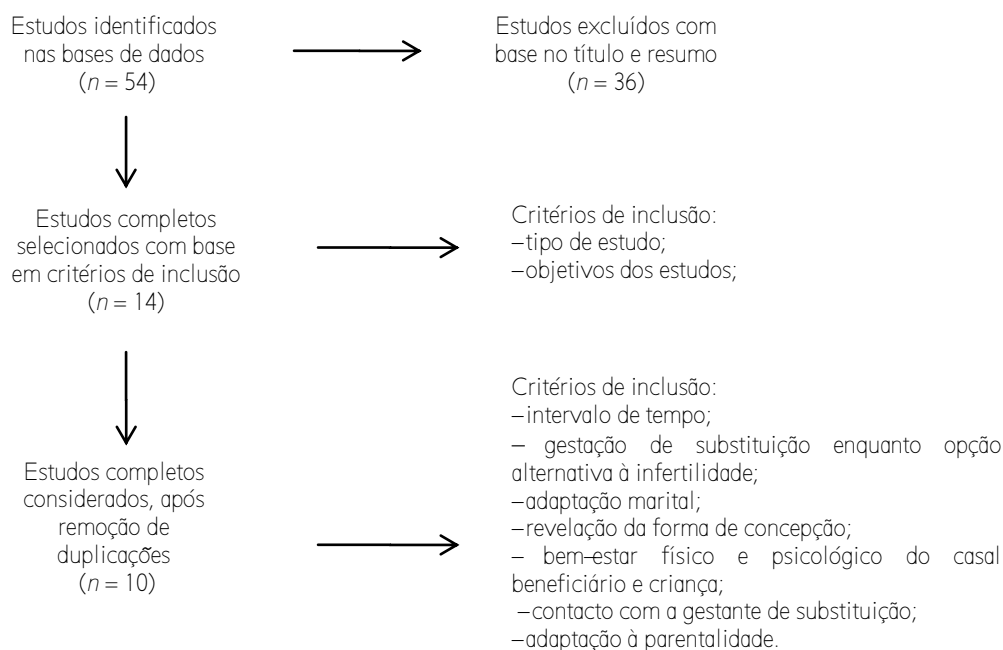


Figura 1.
Descrição do método de seleção dos estudos

Extração dos Dados

Para caraterizar os estudos selecionados procedeu-se à organização destes por data, autor, desenho, amostra (presença obrigatória de gestantes de substituição) objetivos, instrumentos utilizados e principais conclusões alcançadas. No Quadro 2 é apresentada a síntese dos estudos em função da organização anteriormente referida.

GESTÃO DE SUBSTITUIÇÃO – ASPETOS PSICOLÓGICOS

Quadro 2.
Descrição dos estudos em análise

Autor	Artigo	Ano	Amostra	Objetivos	Instrumentos	Principais Conclusões
MacCallum,; Lycett, E; Murray, C; Jadva, V; Golombok, S.	“Surrogacy: the experience of commissioning couples”	2003	42 Casais com uma criança de 1 ano nascida por gestação de substituição.	Motivações para a gestação de substituição; Detalhes sobre a gestante de substituição; Experiência de gestação de substituição no pós – parto; Revelar a amigos e família a opção tomada.	Entrevista Semiestruturada.	Gestão de Substituição considerada e recomendada como uma “experiência positiva”; Após o nascimento da criança a maioria dos casais manteve uma relação saudável e harmoniosa com a gestante; Todos os casais do estudo desejam contar à criança a verdade sobre a forma de concepção; Familiares e amigos já tomaram conhecimento do meio de concepção utilizado.
Golombok, S; Murray, C; Jadva, V; MacCallum, F;Lycett, E.	“Families created through surrogacy arrangements: parent-child relationships in the 1st year of life”	2004	42 Famílias por gestação de substituição; 51 por doação de ovócitos; 80 por concepção natural.	Avaliar o estado psicológico dos pais; a qualidade da parentalidade; o temperamento infantil.	Entrevistas estruturadas; Questionários para avaliar o bem-estar psicológico dos pais, a qualidade das relações pais-criança e o temperamento infantil.	Maior bem-estar psicológico e adaptação à parentalidade por casais que recorreram à gestão de substituição do que por concepção natural; Mulheres do casal beneficiário – por gestão de substituição –apresentam maior positividade na relação com a criança.
Golombok, S; MacCallum, F; Murray, C; Lycett, E; Jadva, V.	“Surrogacy families: parental functioning, parent-child relationships and children’s psychological development at age 2”	2006 ^a	37 Famílias por gestação de substituição; 48 por doação de ovócitos; 68 por concepção natural.	Avaliar o bem-estar psicológico dos pais; as relações de parentalidade e a funcionalidade psicológica da criança.	Entrevistas estruturadas; Questionários para avaliar o bem-estar psicológico dos pais, a qualidade das relações pais-criança e o funcionamento psicológico da criança.	Sem impacto negativo na parentalidade para com a criança; Mulheres do casal do beneficiário –gestação de substituição –apresentam maior positividade na relação com a criança; Desejo pela parentalidade é mais forte do que o <i>link</i> gestacional ou genético.

Golombok, S.; Murray, C.; Jadva, V.; Lycett, E.; MacCallum, F.; Rust, J.	“Non-genetic and non-gestational parenthood: consequences for parent-child relationships and the psychological well-being of mothers, fathers and children at age 3”	2006 ^b	34 Famílias por gestação de substituição; 41 por doação de ovócitos; 67 por concepção natural.	Avaliar o bem-estar dos pais; ligação mãe-criança; bem-estar da criança; Haverá mais ligação mãe-criança com reprodução assistida? Pais contam aos filhos como foram concebidos?	Entrevistas estruturadas Questionários para avaliar o bem-estar psicológico dos pais, a qualidade da relação mãe-criança e o bem-estar psicológico da criança.	Casais de recurso a gestação de substituição iniciam a revelação da verdade à criança; Contacto com a gestante de substituição é tido como harmonioso e em média de 3 em 3 meses; Mães por gestação de substituição apresentam maior positividade na relação com a criança; <i>Link</i> genético/gestacional não parece ter impacto no bem-estar das mães, pais e crianças de 3 anos.
Golombok, S.; Readings, J.; Blake, L.; Casey, P.; Marks, A.; Jadva, V.	“Families created through surrogacy: mother-child relationship and children’s psychological adjustment at age 7”	2011	32 Famílias por gestação de concepção; 32 por doação de ovócitos; 54 por concepção natural.	Examinar o impacto da gestação de substituição na relação mãe-filho e adaptação psicológica da criança.	Avaliação da positividade e negatividade maternal; interação mãe-criança; adaptação da criança.	Sem diferenças significativas na positividade e qualidade maternal entre famílias por gestação de substituição e as demais; Relação familiar tem mais influência do que o <i>link</i> genético.
Readings, J.; Blake, L.; Casey, P.; Jadva, V.; Golombok, S.	“Secrecy, disclosure and everything in-between: decisions of parents of children conceived by donor insemination, egg donation and surrogacy”	2011	101 Famílias: 36 por doação de esperma; 32 por doação de ovócitos; 33 por gestação de substituição.	Avaliar famílias onde a criança tem uma ligação genética ou gestacional com os pais.	Entrevista com os pais individualmente.	Maioria dos casais com recurso à gestação de substituição revelou à criança, família e amigos o meio de concepção utilizado.
Jadva, V.; Blake, L.; Casey, P.; Golombok, S.	“Surrogacy families 10 years on: relationship with the surrogate, decisions over disclosure and children’s understanding of their surrogacy”	2012	33 Famílias por gestação de substituição (19 geneticamente).	Avaliar a relação com a gestante de substituição; Avaliar o contacto com a criança; Avaliar a decisão dos pais de contar a forma de concepção; O entendimento da criança da sua	Entrevistas semiestruturadas aplicadas a mães, pais e crianças.	Contacto com a gestante de substituição diminui com o tempo, mantendo-se uma relação “harmoniosa” quando existente; Aos 10 anos, 90% das crianças sabia a verdade sobre a sua forma de concepção; Opinião das crianças parece ser influenciada pela forma como a verdade lhes é revelada.

GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO – ASPETOS PSICOLÓGICOS

				concepção.		
Blake, L.; Casey, P.; Jadva, V.; Golombok, S.	“Marital stability and quality in families created by assisted reproduction techniques: A follow-up study”	2012	50 famílias por doação de esperma, 51 por doação de ovócitos, 42 por gestação de substituição, 80 concepção natural (na primeira fase).	Estabilidade e qualidade marital.	Entrevistas; Questionários para avaliar a estabilidade e qualidade marital medida em 5 pontos: 1,2,3,7,10 anos da criança.	Todos casais aparentam funcionar bem; Mulheres dos casais com recurso à gestação de substituição apresentam níveis mais baixos de qualidade marital aquando dos 7 anos da criança; Estatuto marital não tem associação significativa com o método de concepção utilizado.
Golombok, S.; Blake, L.; Casey, P.; Roman, G.; Jadva, V.	“Children born through reproductive donation; a longitudinal study of psychological adjustment.”	2013	30 Famílias por gestação de substituição; 31 por doação de óvulos; 35 por doação de esperma; 53 por concepção natural.	Adaptação da criança; parentalidade.	Entrevista estruturada para avaliar a qualidade da parentalidade; Questionários para avaliar a ansiedade, depressão e qualidade marital; Questionário das dificuldades e forças da adaptação infantil.	96% das mulheres de casais com recurso à gestação de substituição já havia revelado a verdade à criança (7 anos); A angústia (pela revelação da verdade) sentida por mulheres de casais com recurso à gestação de substituição poderá ter impacto aos 7 anos da criança; A ausência de um ligação gestacional pode ser mais problemático do que a ausência do <i>link</i> genético.
Imrie, S; Jadva, V.	“The long -term experiences of surrogates: relationships and contact with surrogacy families in genetic and gestational surrogacy arrangements”	2014	34 Gestantes de substituição.	Frequência de contacto/relação.	Entrevistas semiestruturadas Questionários de saúde psicológica.	87% das gestantes de substituição viveram “uma experiência positiva” .

RESULTADOS

Relativamente à avaliação da gestação de substituição enquanto opção alternativa à infertilidade, o estudo de 2003, realizado por MacCallum, Lycett, Murray, Jadvá, e Golombok, com uma amostra de 42 casais beneficiários (no primeiro ano de vida da criança), cuja causa de procura de alternativa se deveu a um longo período de infertilidade, repetidos tratamentos ou ausência de útero, concluiu que 93% das mães e 97% dos pais recomendam a gestação de substituição. Comparando o início da gestação com o **final, os valores de “sentimentos positivos” aumentam de 72% para 98% nas mães e de 81% para 90% nos pais, diminuindo a “apreensão” e “preocupação”. Contudo, 26% das mães e 15% dos pais referem ter experienciado uma “mistura de sentimentos”. De salientar que nos 42 casais, apenas 1 casal registou divergências com a gestante de substituição que “apresentou dificuldades na separação da criança”.** Ainda assim, de uma amostra de 34 gestantes de substituição, 87% refere esta alternativa como uma **“experiência positiva”** (Imrie & Jadvá, 2014).

A adaptação marital analisada através de uma amostra constituída por 51 famílias por doação de ovócitos, 42 por gestação de substituição, 80 por concepção natural e 50 por doação de esperma, avaliadas em cinco pontos cronológicos distintos (1, 2, 3, 7 e 10 anos da criança), concluiu que não há associação entre a qualidade e estabilidade marital e o método de concepção utilizado. Todos os casais aparentam ter um bom funcionamento entre si. Contudo, é de salientar que no constructo “qualidade marital”, as mulheres dos casais beneficiários por gestação de substituição registam níveis mais baixos à idade de 7 anos da criança (Blake, Casey, Jadvá, & Golombok, 2012).

Relativamente ao processo de revelação da forma de concepção (*disclosure*) MacCallum et al., em 2003, concluíram que todos os casais contaram aos avós da criança a sua forma de concepção, à exceção de um casal. As razões justificativas para a revelação são: “importância de partilhar com a família” para 53% dos casais, “pelo óbvio” para 48% e “nenhuma razão para não contar” para os 36% restantes. Apenas 7% relataram reação negativa das famílias. Em relação à criança, todos manifestam o desejo de contar, sendo que as mães mencionam os 3 anos da criança como a idade indicada e os pais os 5 anos. A principal razão apontada é que a criança tem o direito de saber a verdade, segundo 69% dos casais.

No ano de 2006, o estudo realizado por Golombok et al., (2006a), contemplando uma terceira fase de um estudo longitudinal anterior (Golombok et al., 2004) com uma amostra de 43 famílias por gestação de substituição, 41 por doação de esperma, 41 por doação de ovócitos e 67 por concepção espontânea concluiu que 44% dos pais por gestação de substituição iniciou o processo de revelação aos 3 anos. A totalidade dos casais contou a pessoas externas à família, sendo que 92% contou a avós maternos e 100% a avós paternos (Golombok et al., 2004; Golombok et al., 2006b). Na quarta fase do mesmo estudo longitudinal, Golombok et al., (2011) haviam concluído que aos 7 anos de idade a criança toma conhecimento e consciência do que significa gestação por substituição.

Um estudo paralelo com uma amostra de 33 famílias por gestação de substituição, 36 por doação de esperma e 32 por doação de ovócitos, avaliadas aquando dos 7 anos da criança, concluiu que as famílias por gestação de substituição alcançaram valores mais elevados ($n = 29$) de casais que já haviam contado à criança a sua forma de concepção comparativamente com a restante amostra ($n = 23$). Todas as famílias de gestação de substituição revelaram a terceiros o método de concepção. Comparando famílias por gestação de substituição e famílias por doação de ovócitos/esperma conclui-se que as primeiras desejam revelar todo o processo mais cedo (Readings, Blake, Casey, Jadvá, & Golombok, 2011).

Em 2012, Jadvá, Blake, Casey, e Golombok, avaliaram uma amostra de 42 famílias (no primeiro ano da criança) diminuindo este número, ao longo de 10 anos, para 33 famílias. Concluíram que no primeiro ano todas as famílias planeavam contar a verdade. Aos 10 anos, 91% dos casais beneficiários já o tinham concretizado, comparativamente com as 19 famílias com recurso a gâmetas de dador, em que apenas 11 tinham revelado este facto e 6 planeavam fazê-lo.

O mais recente estudo sobre a revelação do processo de concepção, em 2013, com uma amostra de 30 famílias por gestação de substituição, 31 por doação de ovócitos, 35 por doação de esperma e 53 por concepção espontânea, concluiu que aos 7 anos, um total de 96 das mães comtempladas no estudo haviam contado à criança a sua forma de concepção. Em relação à gestação de substituição, todas as mães (30) já haviam contado (Golombok, Blake, Casey, Roman, & Jadva, 2013).

Um dos aspetos alvo de análise neste estudo foi o do contacto estabelecido com a gestante de substituição após o nascimento da criança. MacCallum et al., em 2003, constataram que 91% das mães beneficiárias e 93% dos pais beneficiários viram a gestante de substituição apenas uma vez após o nascimento; 64% e 60% continuaram a vê-la todos os meses; sendo que 91% e 89% referem uma relação harmoniosa e 92% e 90% sentem-se positivos em relação ao envolvimento da gestante na vida da criança. Apenas duas mães e três pais revelam “sentimentos ambivalentes” e uma mãe refere ter “preocupação” relativamente a este contacto.

Golombok et al., (2006b) com uma amostra de 34 famílias por gestação por substituição, 41 por doação de esperma e 41 por doação de ovócitos em comparação com 67 por concepção natural, concluíram que 50% das mães beneficiárias, 38% dos pais beneficiários e 49% das crianças veem a gestante pelo menos de 3 em 3 meses, caracterizando esse contacto como uma “experiencia harmoniosa”. Ainda assim, 6% das mães e 9% dos pais demonstram algum desagrado e frieza na relação. Jadva et al., (2012) concluíram que a maioria das gestantes de substituição tem contacto com a família, mas este vai diminuindo progressivamente até aos 10 anos da criança. Também Imrie e Jadva, em 2014, concluíram que dos 100% que representam as 34 gestantes, 77% mantêm contacto com a criança, 85% mantêm contacto com a mãe beneficiária e 76% com o pai beneficiário. Das gestantes que mantêm contacto, 97% referem que este é realizado “pessoalmente, apesar do uso, quando necessário de outros tipos de comunicação: carta, *e-mail*, telefone e fotos”. Não há indicação de qualquer relação negativa com o casal beneficiário no presente estudo.

O bem-estar físico e psicológico é uma premissa fundamental no processo da gestação de substituição e Golombok, Murray, Jadva, MacCallum e Lycett (2004), com uma amostra de 42 famílias por gestação de substituição, comparadas com 51 famílias por doação de ovócitos e 80 famílias por concepção espontânea, reportam existir um maior bem-estar psicológico, um menor nível de stresse na gestação por substituição do que por concepção natural, aquando do primeiro ano de vida da criança. De salientar que, em 2011, Golombok et al., apontam que as expectativas e padrões sociais poderão influenciar a saúde psicológica da criança.

Ainda assim, a adaptação à parentalidade por parte de casais que recorreram à gestação de substituição é melhor do que por concepção natural (aquando do primeiro ano da criança), resultando num comportamento de maior afetividade e vínculo (Golombok et al., 2004). Golombok et al. (2006a) referem que as mães dos casais beneficiários por gestação de substituição apresentam maior positividade na relação com a criança devido aos altos níveis de prazer, alegria, afeição e competência e baixos níveis de culpa, desapontamento e raiva. Por sua vez, os pais tendem a mostrar baixos níveis de stresse associado à parentalidade. O mesmo estudo demonstra que o desejo da parentalidade é mais forte do que o *link* gestacional ou genético com a criança em relação à representação positiva da maternidade. Estar grávida parece não ser um requisito (Golombok et al., 2004). Estes autores apontam que o stresse parental começa a aumentar na fase dos 3 anos da criança, contudo, a relação mães-filhos mantem os mesmos resultados positivos que nas fases anteriores dos estudos. A ausência de um *link* genético ou gestacional não parece interferir com a relação pais-criança aos 3 anos. (Golombok et al., 2004; Golombok et al., 2006a; Golombok et al., 2006b). Aos 7 anos de idade já não há diferenças significativas na positividade maternal e qualidade parental entre as famílias por reprodução medicamente assistida com recurso à gestação de substituição e por concepção espontânea. Os autores salientam ainda que não há hostilidade nem negatividade maternal nas famílias por gestação de substituição (Golombok et al., 2011).

DISCUSSÃO

O objectivo do presente estudo consistiu em providenciar um corpo de conhecimento organizado em função dos resultados de estudos, realizados noutros países, no que respeita aos seguintes aspectos psicológicos relacionados com a gestação de substituição: adaptação marital, revelação da forma de concepção, bem-estar físico e psicológico do casal beneficiário e da criança, contacto com a gestante de substituição e adaptação à parentalidade.

Liubov Ben-Nun (2014), autor do livro *“Surrogate Motherhood: Medical Research in Biblical Times from the Viewpoint of Contemporary Perspective”* considerou uma lista de argumentos contra o recurso à gestação de substituição. Entre eles, podemos destacar: exploração financeira do corpo humano e, consequentemente, da gestante, desvalorização do valor da maternidade, questões psicológicas e físicas em relação à criança, riscos para o casal com infertilidade, riscos de abuso e questões financeiras. Dos 10 estudos analisados na presente revisão, a gestação de **substituição é tida como** “uma experiência positiva” (Imrie & Jadva, 2014, p. 429), recomendável a outros casais. Com efeito, nenhum estudo apresentou evidências significativas da existência de problemas com este procedimento. De salientar que o recurso a uma gestante de substituição foi realizado por casais cuja duração da infertilidade era superior a um ano, haviam realizado vários tratamentos médicos para a infertilidade sem alcançar sucesso, e apresentavam ausência de útero, doenças relacionadas com este órgão e falta de alternativas.

Considerando cinco pontos cronológicos distintos (1, 2, 3, 7 e 10 anos da criança), Blake et al., em 2012, verificaram a ausência de associação entre a qualidade e estabilidade marital e o método de concepção utilizado. Os casais beneficiários por recurso à gestação de substituição desejam revelar todo o processo à criança em tenra idade, preferencialmente antes dos 7 anos da criança, em oposição aos restantes meios de concepção. (Golombok et al., 2013; Readings et al., 2011). Readings et al., em 2011, justificam tal diferença ponderando três aspetos: 1) na gestação de substituição gestacional a criança é ligada geneticamente ao casal, contrariamente ao que sucede nos casos de doação de gâmetas; 2) todos os pais terão de explicar o surgimento de uma criança sem a mulher do casal beneficiário ter tido uma gravidez; 3) explicar a uma criança sobre nascer com recurso a gestação de substituição difere da explicação do recurso a gâmetas de dador – sendo que na primeira os casais recorrem ao uso da expressão *“broken tummies”*, sem necessidade de explicar tudo o que envolve a doação de gâmetas.

Contrariando a ideia de que o contacto com a gestante poderia ser prejudicial para a família beneficiária, os estudos analisados revelam que o contacto com a gestante é frequente (variando o meio para esse efeito), classificado como harmonioso, sendo que apenas uma minoria revelou sentimentos de preocupação. Ainda assim, o contacto tende a diminuir com o passar dos anos (Golombok et al., 2006; Imrie & Jadva, 2014; MacCallum et al., 2003). A saúde psicológica da criança poderá ser influenciada pelas expectativas da mãe, padrões sociais e a qualidade das relações familiares (Golombok et al., 2011).

Como observado nos estudos, ao primeiro ano de idade da criança, os casais que recorreram à gestação de substituição apresentam valores baixos de stresse e elevados de positividade maternal, ao contrário do encontrado em casais com concepção espontânea. Tal poderá ser justificado pelo desejo intenso e o planeamento detalhado (Golombok et al., 2004). Este desejo aumenta a qualidade da representação familiar e, consequentemente, os níveis de qualidade da parentalidade. Esta parece ter mais importância do que o *link* genético ou gestacional em si (Golombok et al., 2011; Golombok et al., 2013). Somente quando a idade da criança chega aos 7 anos desaparecem as diferenças significativas na positividade maternal e qualidade parental entre a gestação de substituição e as restantes formas de concepção, contrastando com as fases anteriores (1, 2 e 3 anos) (Golombok et al., 2004; Golombok et al., 2006a; Golombok et al., 2006b). A consciência da ausência de *link* genético, o conhecimento das suas origens e a entrada na escola parecem interferir nesta fase de desenvolvimento da criança. Segundo a perspectiva etológica, os bebés nascem predispostos a formar laços emocionais com o seu cuidador (Boyd

& Bee, 2011). Esta vinculação poderá ser estabelecida com a mãe biológica, com o pai, ou qualquer outra pessoa que assuma o papel de cuidador principal e trate das suas necessidades. Estes laços irão moldar a criança no seu desenvolvimento social e da personalidade (Boyd & Bee, 2011). Deste modo, se a representação e relações familiares tiverem sido construídas solidamente poderão representar mais do que a ligação genética ou gestacional, não alterando a qualidade parental (Golombok et al, 2006a; Golombok et al., 2006b; Golombok et al., 2011).

Sintetizando, a presente revisão da literatura foi ao encontro dos objetivos delineados, procurando sumariar os resultados alcançados em 10 estudos longitudinais e suas principais conclusões. A gestão de substituição, avaliada do ponto de vista das ciências sociais, parece não comprometer o desenvolvimento, o bem-estar e a capacidade de parentalidade da família beneficiária. As representações familiares estabelecidas pelos cuidadores, a abertura em relação à forma de conceção e as experiências concomitantes serão a base para o desenvolvimento da criança e sua adaptação.

As limitações com que a nossa revisão da literatura se deparou delimitam em vários aspetos as conclusões desejadas. Os 10 estudos analisados apresentam igual desenho longitudinal e correspondência de autores dado a temática ser específica e estudada por um conjunto ainda restrito de investigadores. A principal limitação prende-se com a impossibilidade de comparação com a população portuguesa dada a inexistência de estudos ou revisões de literatura nesta área em Portugal. Contudo, a possibilidade de análise de estudos longitudinais sobre a matéria permite a construção de uma noção mais clara sobre o que é a gestão de substituição e a sua prática.

Em estudos futuros sugeríamos que fossem pesquisadas novas palavras-chave, como, temperamento da criança, adoção e impacto psicológico. Poderia ser interessante comparar o impacto psicológico da gestão de substituição na infância, comparativamente com o recurso à adoção, tendo como exemplo pesquisas como a de Jaffari-Bimmel, Femmie, Ijzendoorn, Bakermans-Kranenburg, e Mooijaart (2006), autores do estudo *Social development from infancy to adolescence: Longitudinal and concurrent factors in an adoptive sample*, um estudo longitudinal com uma amostra de 160 crianças adotadas na infância e seguidas até à adolescência. Estes autores concluíram que a adaptação é um produto do desenvolvimento da criança e das circunstâncias concomitantes que o suportam. No nosso entender, a comparação entre famílias que recorreram a uma gestante de substituição e famílias que recorreram à adoção poderá acrescentar conhecimento relativamente aos múltiplos fatores que estão envolvidos neste tipo de processos.

Em suma, a gestão de substituição não parece apresentar negatividade a nível dos fatores psicológicos, permitindo a casais que – por ausência de útero ou doença deste – nunca poderiam realizar o seu projeto parental.

REFERÊNCIAS

- Ahlsarmadi, L. (2012). The rights and obligations of parties to the surrogacy contract latifeh. *Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business*, 4, 164–175.
- Almeida-Santos, A. T., & Moura-Ramos, M. (2010). *Esterilidade e procriação medicamente assistida*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- American Society for Reproductive Medicine (ASRM). (2013). Cross-border reproductive care: a committee opinion. *Fertility and Sterility*, 100, 645–650. doi:org/10.1016/j.fertnstert.2013.02.051
- Assembleia da República (A.R). (2006). Procriação medicamente assistida – Decreto de Lei nº32/2006. (2006). *Diário da República I série*, 143. Consultado a 22 de Outubro de 2015. Disponível em www.dre.pt

- Benshushan, A., & G. Schenker, J. (1997). Legitimizing surrogacy in Israel. *Human Reproduction*, 12, 1832–1834.
- Biclet, P. (2014). La gestation pour autrui. *Médecine & Droit*, 125, 56–58. doi: 10.1016/j.meddro.2014.02.011
- Boyd, D., & Bee, H. (2011). *A criança em crescimento*. Porto Alegre: Artmed.
- Blake, L., Casey, P., Jadva, V., & Golombok, S. (2012). Marital stability and quality in families created by assisted reproduction techniques: a follow-up study. *Reproductive BioMedicine*, 25, 678–683. doi:org/10.1016/j.rbmo.2012.09.006
- Burrell, C., & Edozien, L. (2014). Surrogacy in modern obstetric practice. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 19, 272–278. doi:org/10.1016/j.siny.2014.08.004
- Christianah, F. (2013). Surrogate motherhood: a philosophical discourse. *Journal of Emerging Trends in Educational Research and Policy Studies*, 4, 573–577.
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV). (2012). *Parecer nº63 de Março de 2012*. Consultado a 22 de Outubro de 2015. Disponível em www.CNECV.pt
- Gestação (s.d) in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. Consultado a 2 de dezembro de 2015. Disponível em <https://www.priberam.pt/DLPO/gesta%C3%A7%C3%A3o>
- Golombok, S., Murray, C., Jadva, V., MacCallum, F., & Lycett, E. (2004). Families created through surrogacy arrangements: Parent-child relationships in the 1st year of life. *Developmental Psychology*, 40, 400–411. doi:10.1037/a0025292
- Golombok, S., MacCallum, F., Murray, C., Lycett, E., & Jadva, V. (2006a). Surrogacy families: parental functioning parent-child relationships and children's psychological development at age 2. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 213–222. doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.01453.x
- Golombok, S., Murray, C., Jadva, V., Lycett, E., MacCallum, F., & Rust, J. (2006a). 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*, 21, 1918–1924. doi:10.1093/humrep/del039
- Golombok, S., Readings, J., Blake, L., Casey, P., Marks, A., & Jadva, V. (2011). Families created through surrogacy: mother-child relationships and children's psychological adjustment at age 7. *Development Psychology*, 47, 1579–1588. doi: 10.1037/a0025292
- Golombok, S., Blake, L., Casey, P., Roman, G., & Jadva, V. (2013). Children born through reproductive donation: a longitudinal study of psychological adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 653–660. doi:10.1111/jcpp.12015
- Hatzis, A. N. (2010). The regulation of surrogate motherhood in Greece. *Journal Eletronic*. Consultado a 10 de Novembro. Disponível em <http://users.uoa.gr/~ahatzis/Surrogacy.pdf>
- Imrie, S., & Jadva, V. (2014). The long-term experiences of surrogates: relationships and contact with surrogacy families in genetic and gestational surrogacy arrangements. *Reproductive Healthcare*, 29, 425–435. doi:org/10.1016/j.rbmo.2014.06.004
- Jadva, V., Blake, L., Casey, P., & Golombok, S. (2012). Surrogacy families 10 years on: relationships with the surrogate, decisions over disclosure and children's understanding of their surrogacy origins. *Human Reproduction*, 27, 3008–3014. doi:10.1093/humrep/des273
- Jaffari-Bimmel, N., Juffer, F., Van IJzendoorn, M., Bakermans-Kranenburg, M., & Mooijaart, A. (2006). Social development from infancy to adolescence: Longitudinal and concurrent factors in an adoption sample. *Developmental Psychology*, 42, 1143–1153. doi:org/10.1037/0012-1649.42.6.1143
- Larsen, U. (2005). Research on infertility: which definition should we use? *Fertility and Sterility*, 4, 846–52. doi:10.1016/j.fertnstert.2004.11.033

- Liubov, B. (2015). *Surrogate motherhood: Medical research in biblical times from the viewpoint of contemporary perspective*. Israel: B. N. Publication House.
- MacCallum, F., Lycett, E., Murray, C., Jadvá, V., & Golombok, S. (2003). Surrogacy: the experience of commissioning couples. *Human Reproduction*, 18, 1334–1342.
- Maternidade (s.d) in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. Consultado a 2 de Dezembro de 2015. Disponível em <https://www.priberam.pt/DLPO/maternidade>
- Nakash, A., & Herdman, J. (2007). Surrogacy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 27, 246–251. doi:org/10.1080/01443610701194788
- Oliveira, A., Granja, B., & Sousa, M. (2013). Percepção da mulher face às implicações da infertilidade na sua vida. *Saúde Reprodutiva – Sexualidade e Sociedade*, 3, 5–19.
- Shetty, P. (2012) India's unregulated surrogacy industry. *The lancet*, 380, 1633–4.**
- Readings, J., Blake, L., Casey, P., Jadvá, V., & Golombok S. (2011). Secrecy, disclosure and everything in-between: Decisions of parents of children conceived by donor insemination, egg donation and surrogacy. *Reproductive Biomedicine*, 22, 485–495. doi: 10.1016/j.rbmo.2011.01.014
- Salama, M. (2014). Cross-border reproductive care (CBRC): A global perspective. *Obstetrics & Gynecology International Journal*, 1, 1–2. doi: 10.15406/ogij.2014.01.00008
- Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução (2014). *Perguntas Frequentes*. Consultado em 12 de Dezembro de 2014 através de <http://www.spmr.pt/perguntas.php>
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., E., Vanderpoel, S., International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology (2009). *Human Reproduction*, 24, 2683–2687. doi: 10.1016/j.fertnstert.2009.09.009