

Resultados

Foram examinados um total de 10 estudos com o objectivo de analisar os seguintes critérios/constructos: gestação de substituição enquanto opção alternativa à infertilidade; adaptação marital; revelação da forma de concepção; bem-estar físico e psicológico do casal beneficiário e criança; contacto com a gestante de substituição; e adaptação à parentalidade.

Relativamente à avaliação da gestação de substituição enquanto opção alternativa à infertilidade, o estudo do ano de 2003 realizado por MacCallum, Lycett, Murray, Jadvá e Golombok, com uma amostra de 42 casais beneficiários (no primeiro ano da criança), cuja causa de procura de alternativa se deveu a um longo período de infertilidade, repetidos tratamentos ou ausência de útero – concluíram 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, há 26% das mães e 15% dos pais que referem uma “*mistura de sentimentos*”. De salientar que nos 42 casais, apenas um 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 espermatozoides, 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, 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 e colaboradores, 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% restante. Apenas 7% relataram reacção negativa das famílias. Em relação à criança, todos manifestam o desejo de contar,

sendo que as mães mencionam os 3 anos como a idade indicada e os pais os 5. 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, Murray, Jadvá, Lycett, MacCallum e Rust – 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 contaram a pessoas externas à família, sendo que 92% contou a avós maternos e 100% a avós paternos (Golombok et al., 2004; Golombok et al., 2006 b;). Na quarta fase do mesmo estudo longitudinal, Golombok, Readings, Blake, Casey, Marks e Jadvá (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 contaram a terceiros sobre 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 & 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 tinham contado comparativamente com as 19 famílias com recurso a doadores de material genético em que apenas 11 tinham contado 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 de doação de ovócitos, 35 por doação de esperma e 53 por concepção natural, concluíram que aos 7 anos, de um total de 96 das mães contempladas 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 & Jadvá).

Um dos critérios-chave a ser analisado é o contato estabelecido com a gestante de substituição após o nascimento da criança. MacCallum e colaboradores, 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 na relação e envolvimento da gestante na vida da criança. Apenas duas mães e três pais revelam “*sentimentos ambivalentes*” e uma mãe refere ter “*preocupação*” sobre isso.

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 tal como uma “*experiencia harmoniosa*”. Contudo, 6% das mães e 9% dos pais demonstram algum desagrado e frieza na relação. Jadvá et al., 2012, concluíram que a maioria das gestantes de substituição tem contato com a família, mas este vai diminuindo até aos 10 anos da criança. Também Imrie e Jadvá, em 2014, concluíram que dos 100% que representam as 34 gestantes, 77% mantêm contato com a criança; 85% mantêm contato com a mãe beneficiária e 76% com o pai beneficiário. Das gestantes que mantêm contato, 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, Jadvá, MacCallum & Lycett (2004), com uma amostra de 42 famílias por gestação de substituição, comparadas com 51 por doação de ovócitos e 80 por concepção natural concluíram maior bem-estar psicológico, menor nível de stresse na gestação por substituição do que por concepção natural, aquando do primeiro ano da criança. De salientar que em 2011, Golombok e colaboradores, concluíram 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 numa relação pais-criança com maior positividade. Estes demonstram afectividade e vínculo no seu comportamento para com a criança. Os pais são mais satisfeitos com o seu papel, verificando-se uma maior positividade. Os resultados da parentalidade por gestação de substituição no primeiro ano da criança são uma experiência mais positiva do que

por métodos naturais (Golombok et al., 2004). Golombok et al., 2006^a, 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 homens tendem a mostrar baixos níveis de stress associado à parentalidade. O mesmo estudo demonstra que o desejo pela 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 stress parental começa a aumentar na fase dos 3 anos, contudo, a relação mães-filhos mantêm 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. Salienta 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, noutros países, relativamente a aspectos psicológicos relacionados com gestação de substituição enquanto opção alternativa à infertilidade; adaptação marital; revelação da forma de concepção; bem-estar físico e psicológico do casal beneficiário e criança; contacto com a gestante de substituição; 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; as questões psicológicas e físicas para com a criança; os riscos para o casal infértil; os riscos de abuso e as questões financeiras. Dos 10 estudos analisados na presente revisão a gestação de substituição é tida como “*uma experiência positiva*” (Imrie & Jadvá, 2014, p. 429), recomendável a outros casais. Nenhum estudo apresentou evidências

significativas contra este procedimento, contrariando a definição de gestação de substituição defendida pela filósofa Mary Warnock como “uma empresa com tendência extrema para terminar em lágrimas” (citada por MacCallum et al., 2003, p.1341). De salientar que tal procedimento foi realizado em casais: cuja infertilidade superava um ano, haviam realizado vários tratamentos sem resultado, e apresentavam ausência/doenças relacionadas com o útero e falta de alternativas.

Considerando cinco pontos cronológicos distintos (1, 2, 3, 7 e 10 anos da criança), Blake e colaboradores, em 2012, verificaram a ausência de associação entre a qualidade e estabilidade marital e o método de concepção utilizado. Ainda assim, é de salvaguardar o registo pontual de níveis mais baixos de qualidade da relação marital nas mulheres dos casais de recurso à gestação de substituição aquando dos 7 anos da criança, ainda que sem valor significativo.

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. (Readings et al., 2011; Golombok et al., 2013). Readings e colaboradores, 2011, justificam tal diferença ponderando três aspetos: na gestação de substituição gestacional a criança é ligada geneticamente ao casal, contrariamente aos casos de doação; todos os pais terão de explicar o surgimento de uma criança sem a mulher do casal beneficiário ter tido uma gravidez; explicar a uma criança sobre nascer com recurso a gestação de substituição difere da explicação do recurso a doação de gâmetas – 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 contato com a gestante poderia prejudicar a família e ser prejudicial para a família beneficiária, os estudos analisados revelam que o contato 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 contato tende a diminuir com o passar dos anos (MacCallum et al., 2003; Golombok et al., 2006; Imrie & Jadvá, 2014). 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 de recurso 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 conceção, 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 perspetiva etológica, os bebés nascem predispostos a formar laços emocionais com o seu cuidador – teoria da vinculação (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 (Bowlby 1969, p.172, citado por 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 gestação de substituição, proibida em Portugal, 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 concepção 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 gestação de substituição e a sua prática.

Para efeitos de futuros estudos sugeríamos que fossem pesquisadas novas palavras-chave, como, temperamento da criança, adoção e impacto psicológico. Seria de relevância uma revisão da literatura do impacto psicológico da gestação de substituição na infância comparativamente com o recurso à adoção, tendo como exemplo pesquisas como a de Jaffari-Bimmel, Femmie, Ijzendoorn, Bakermans-Kranenburg e Mooijart, (2006), autores do estudo *Social Development From Infancy to Adolescence: Longitudinal and Concurrent Factors in an Adoptin Sample* – um estudo longitudinal com uma amostra de 160 crianças adoptadas na infância e seguidas até à adolescência. Concluíram que a adaptação é um produto do desenvolvimento da criança e das circunstâncias concomitantes que a suportam. A qualidade da parentalidade é descrita como a base do desenvolvimento social – estabelecimento de vínculo- para anos mais tarde, suportando a tese de Bolwby, tal como referido nesta revisão anteriormente (Boyd & Bee, 2011).

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.
- American Society for Reproductive Medicine (ASRM).(2013). Cross-border reproductive care: a committee opinion. *Fertility and Sterility*, 100, 645-50.
- Appleton, T. (2001). Surrogacy. *Current Obstetrics & Gynecology*, II, 256-257.
- 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.
- Bíblia Sagrada. (2012). Difusora Bíblica. Lisboa-Fátima.
- Biclet, P. (2014). La gestation pour autrui. *Médecine & Droit*, 56-58.
- Boivin J., Bunting L., Collins J., & Nygren K. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Human Reproduction*, 22, 1506-12.
- 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.
- Bloco de Esquerda (B.E). (2011). Garante o acesso de todas as mulheres à procriação medicamente assistida e regula o recurso à maternidade de substituição. *Projeto de*

Lei nº122/XII. Consultado a 22 de Outubro de 2015. Disponível em www.parlamento.pt

Burrell, C., & Edozien, L. (2014). Surrogacy in modern obstetric practice. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 19, 272-278.

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

Fidler A., & Bernstein J.(1999). Infertility: from a person to a public health problem. *Public Health Reproduction*, 114, 494-511.

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., Jadv, 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.

Golombok, S., MacCallum, F., Murray, C., Lycett, E., & Jadv, V. (2006). Surrogacy families: parental functioning parent-child relationships and children's psychological development at age 2. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 213-222.

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*, 21, 1918-1924.

- Golombok, S., Readings, J., Blake, L., Casey, P., Marks, A., & Jadvá, V. (2011). Families created through surrogacy: mother-child relationships and children's psychological adjustment at age 7. *Development Psychology*, 47, 1579-1588.
- Golombok, S., Blake, L., Casey, P., Roman, G., & Jadvá, V. (2013). Children born through reproductive donation: a longitudinal study of psychological adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 653-660.
- 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., & Jadvá, 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.
- Jadvá, 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.
- 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
- Larsen, U. (2005). Research on infertility: which definition should we use? *Fertility and Sterility*, 4, 846-52.
- Liubov, B. (2015). *Surrogate motherhood: Medical research in biblical times from the viewpoint of contemporary perspective*. Berr-Sheva, Israel: Distributed Worldwide
- Macaluso, M., Wright-Schnapp, T., Chandra, A., Johnson, R., Satterwhite, C., Pulver, A., Berman, S., Wang, R., Farr, S. & Pollack, L. (2010). A Public health focus on

infertility prevention, detection and management. *Fertility and Sterility*, 93, 16.e1-16.e10.

MacCallum, F., Lycett, E., Murray, C., Jadvá, V., & Golombok, S. (2003). Surrogacy: the experience of commissioning couples. *Human Reproduction*, 18, 1334-1342.

Martins, C., & Baião, A. (2014, 6 de Dezembro). Filhos Milagre. *Expresso- Revista*, 4.

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.

Nwanodi, O. (2006). Fertility & Conception. *Journal of the National Medical Association*, 98, 1373.

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.

Partido Social Democrata (P.S.D). (2012). Altera a lei nº32/2006 de 26 de Julho, que regula a utilização de técnicas de procriação medicamente assistida. *Projeto de Lei nº 138/XII*. Consultado a 22 de Outubro de 2015. Disponível em www.parlamento.pt

Partido Socialista (P.S). (2012). Procede à alteração à lei nº32/2006 de 26 de Julho, consagrando excepções à proibição de recurso à maternidade de substituição. *Projeto de Lei nº131/XII*. Consultado a 22 de Outubro de 2015. Disponível em www.parlamento.pt

Shetty, P. (2012) India's unregulated surrogacy industry. *The lancet*, 380, 1633-4.

- Readings, J., Blake, L., Casey, P., Jadv, 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.
- Salama, M. (2014). Cross-border reproductive care (CBRC): a global perspective. *Obstetrics & Gynecology International Journal*.1.
- 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 GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, Sullivan 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.