INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

Gestação de Substituição: Fatores psicológicos – uma revisão sistemática da literatura

JOANA PEREIRA GOUVEIA

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Ramo de especialização: Terapias Cognitivo – Comportamentais

Coimbra, 2016



Gestação de Substituição: Factores psicológicos– uma revisão sistemática da literatura

JOANA PEREIRA GOUVEIA

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de
Mestre em Psicologia Clínica Ramo de especialização: Terapias Cognitivo- Comportamentais
Orientadora: Professora Doutora Ana Galhardo

Coimbra, janeiro de 2016

Agradecimentos

A presente revisão da literatura é o produto final de um processo acompanhado e revisto. Esta seção permite-me reconhecer e agradecer toda a ajuda e ensino prestado:

À Professora Doutora Ana Galhardo, agradeço toda a dedicação, entusiasmo e confiança neste projeto. O seu conhecimento foi, indiscutivelmente, fundamental para toda a evolução e desenho do mesmo.

À minha família, pais e irmão, por todo o suporte e encorajamento para a realização deste projeto.

Aos três anjos, que seguram, agora, a luz que ilumina o meu caminho.

Resumo

A infertilidade conjugal é definida como uma condição clínica com repercussões no bem-estar físico, psicológico e social dos intervenientes. Contudo, os avanços ocorridos na medicina da reprodução têm vindo a possibilitar a muitos dos casais com infertilidade a concretização do seu desejo de parentalidade. Neste contexto, tratamentos médicos, a inseminação intrauterina, a fertilização *in vitro* (FIV), a microinjeção intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI), e o recurso a gâmetas de dador ou a embriões doados, constituem importantes desenvolvimentos para a resolução de muitos dos casos de infertilidade. Ainda assim, por razões de natureza diversa, e pela relativamente baixa taxa de sucesso deste tipo de tratamentos, existem casais que enfrentam maiores dificuldades. Entre estes encontram-se aqueles que por ausência de útero, malformações ou doença neste órgão se vêem impossibilitados de experienciar uma gravidez. Nestas circunstâncias apenas a gestão de substituição poderia dar resposta à sua condição de infertilidade. No entanto, esta é uma prática que gera controvérsia, objeções e dúvidas sendo proibida na maioria dos países europeus, incluindo Portugal.

O principal objectivo desta revisão sistemática é, considerada a inexistência de um estudo desta natureza em Portugal, providenciar um corpo de conhecimento organizado em função dos resultados de estudos noutros países e que procuraram explorar aspectos psicológicos relacionados com a gestação de substituição. Em concreto, foram analisados estudos que abordaram 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.

Deste modo, foi examinado um total de 10 estudos, todos eles de carácter longitudinal, com os seguintes principais resultados: a gestação de substituição é considerada *"uma experiência positiva";* todos os casais beneficiários aparentam ter um bom funcionamento entre si; o processo de revelação da forma de conceção por gestação de substituição pretende ser iniciado na mais tenra idade; o contato com a gestante de substituição é mantido de forma harmoniosa, ainda que com uma frequência genérica trimestral; os casais beneficiários apresentam menor stresse e maior bem-estar físico e psicológico ao longo da gestação; a adaptação à parentalidade até aos três anos de idade apresenta um valor positivo superior às demais formas de conceção.

Palavras-Chave :*infertility; surrogate; link; mother-child; relationship; psychological consequences.*

Abstract

Infertility is defined as a clinical condition with repercussions on the physical, psychological and social well-being. However, progresses in reproductive medicine have been enabling many infertile couples to achieve their desire for parenthood. In this context, medical treatments such as intrauterine insemination, in vitro fertilization (IVF), intracytoplasmic microinjection of sperm (ICSI), and the use of donor gametes or donated embryos, are important developments for the resolution of many infertility cases. However for other reasons and also 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 infertility condition. However, this practice generates controversy, objections, and questions and is prohibited in most European countries, including Portugal.

The main objective of this systematic review is, considered the absence of such a study in Portugal, to provide a body of knowledge based on results from studies, conducted in other countries, which sought out to explore psychological aspects of surrogacy. Studies were analyzed considering surrogacy as a solution for infertility; marital adjustment; disclosure to the child; physical and psychological well-being of the beneficiaries couple and child; contact with the surrogate; adjustment to parenting.

A total of 10 studies was examined, all with a longitudinal design, with the following main results: surrogacy is considered a "positive experience"; all beneficiary couples seem to have a good marital relationship; disclosure intends 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; adjustment to parenthood is higher until the child is 3 years old.

Keys-words: *infertility; surrogate; link; mother-child; relationship; psychological consequences.*

> "Sarai, mulher de Abrão, que não lhe dera filhos, tinha uma escrava egípcia, chamada Agar. Sarai disse a Abrão: 'Visto que o Senhor me tornou uma estéril, peço-te que vás ter com a minha escrava. Talvez, por ela, eu consiga ter filhos'. Abrão aceitou a proposta de Sarai. (...) Ele abeirou-se de Agar, e ela concebeu" (GÉNESIS 16:1 Difusora Bíblica).

Abrão e Sarai terão sido o primeiro casal referido na história como tendo recorrido à maternidade de substituição, vulgarmente intitulada de "barriga de aluguer". Profeta do Antigo Testamento reporta-nos para o quão primitivo é este conceito. Desde 1988 que a Fertilização *In Vitro* (IVF) é praticada em Portugal, contudo, só mais recentemente se tem observado maior interesse pela realização de estudos na área da psicologia relacionados com o recurso a estas técnicas. É a 26 de Julho de 2006 que ocorre a oficialização da Procriação Medicamente Assistida pela Assembleia da República (lei nº32/2006), permanecendo o constructo maternidade de substituição proibido e considerado uma problemática em debate constitucional. O Conselho Nacional de Ética para as Ciências 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, a CNECV propõe a adopção 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 adoptada.

> "Na sala de espera, vê-se de tudo: casais de mãos dadas, muito próximos ou calados, mulheres sozinhas, com as mães ou com uma amiga. Pessoas com o computador ao colo, adiantando trabalho. Alguns são mais velhos, outros muito jovens, uns são imigrantes sem domínio do português, noutros a qualificação salta à vista. Todos de olhos fixos no atendimento, a pensar no emprego, na pressão da família ou na solidão lá de casa" (Martins, & Baião, 2014, p.4).

A infertilidade conjugal é definida pela Sociedade Portuguesa da Medicina da Reprodução (2014) como a "incapacidade de um casal conceber ou levar a bom termo uma gravidez, depois de pelo menos um ano de relacionamentos sexuais regulares sem proteção"; 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 sugere-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 nado-vivo" (Larsen, 2005, p.846). A causa da infertilidade poderá estar centrada no sexo feminino ou masculino, sendo respetivamente: falência da ovulação, obstrução das trompas, doença do útero, muco cervical desfavorável, endometriose, aborto de repetição, diminuição do número de espermatozoides, espermatozoides com mobilidade reduzida, espermatozoides com configuração anormal e ausência de espermatozoides. Restando 10% a 15% de causas não identificadas (Martins, & Baião, 2014). A promoção de uma fertilidade saudável é também da responsabilidade de cada individuo, que deverá adoptar bons hábitos alimentares, evitar o consumo de substâncias nocivas para o organismo, planear a gravidez em idade de procriação, entre outros. Anomalias genéticas, agentes ambientais, doenças especificas são variáveis externas ao sujeito e não tão facilmente alteráveis (Nwanodi, 2006; Macaluso, Wright-Schnapp, Chandra, Johnson, Satterwhite, Pulver, Berman, Wang, Farr, & Pollack, 2010).

A passagem pela descoberta da infertilidade e respectivos tratamentos é descrita como uma interação entre a biologia e o comportamento de cada ser humano com o seu ambiente físico e social associado ao novo aliado que surge nas suas vidas: o sistema de saúde (Macaluso et al, 2010). Deste modo, aquando da impossibilidade de reprodução da vida humana de forma natural, a parentalidade poderá ser alcançada por tratamentos médicos apelidados de técnicas de procriação medicamente assistida (PMA): inseminação intrauterina, fertilização *in vitro* (FIV), microinjeção intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI), o recurso a gâmetas de dador ou a embriões, e gestação de substituição (Ahlsarmadi, 2012; Martins, & Baião, 2014).

Como qualquer outra doença, há consequências físicas – sintomas desconfortáveis – e psicológicas – sintomas depressivos, ansiedade, medo, vergonha, sentimentos de imperfeição e culpa, negação – que afectam o sujeito na sua vida conjugal, social e profissional. A dificuldade em gerir os custos dos tratamentos poderá ser considerada a terceira consequência que em muito influencia a continuidade dos mesmos (Fidler & Bernstein, 1999; Boivin, Bunting, Collins & Nygren, 2007; Oliveira, Granja, & Sousa, 2013).

O desenvolvimento tecnológico concedeu ao Homem a possibilidade de percepcionar o mundo com maior abertura e de prevenir, tratar e/ou controlar diferentes doenças (Ahlsarmadi, 2012; Christianah, 2013).

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" 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 (Christianah, 2013; Burrel, & Edozien, 2014). A gestação de substituição é categorizada em dois tipos: genética - realizada por meio de inseminação do gâmeta masculino no óvulo da gestante de substituição, criando uma ligação biológica da gestante à criança; ou gestacional - realizada por fertilização *in vitro* 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 ambas as partes. Ambos os acordos, independentemente da origem, tendem a ser complexos, incluindo cláusulas destinadas a prevenir possíveis eventualidades: anormalidade fetal, morte da gestante, cirurgia inesperada, aborto espontâneo, deficiências na criança, nascimento de um nado-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 & G.Schenker,1997; Nakash & Herdiman, 2007; Hatzis, 2010; Shetty, 2012; Biclet, 2014). No quadro 1 encontra-se sintetizada a informação relativa à legalização/proibição do recurso à gestação de substituição.

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**	
	Espanha		**X**	
	França		**X**	
	Grécia	**X**		Apenas permitida a gestação de substituição altruísta após aprovação judicial
	Holanda		**X**	
	Suíça		**X**	
	Suécia		**X**	
	Finlândia		**X**	
	Alemanha		**X**	
	Áustria		**X**	
	Dinamarca	**X**		Apenas a altruísta/não-comercial
	Reino Unido	**X**		
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

Considerando a informação apresentada, a necessidade de contornar o impedimento legal começou a surgir. O denominado "*Cross Border Reprodutive Care*"/"*Infertility Tourism"* – prática de viajar para outro país para a realização de tratamentos de fertilidade - tornou-se um fenómeno global onde a inexistência de estudos dificulta a compreensão das suas implicações. O baixo custo dos tratamentos associado às condições legais, ao desejo de privacidade e à qualidade dos tratamentos justifica o recurso a esta prática. Deste modo, tornou-se imperativo a regulação e harmonização legal, económica, ética, social e religiosa básica, que fica a cargo de organizações como European Society of Human Reprodution and Embryology (ESHRE), American Society for Reprodutcive Medicine (ASRM) e

International Committee Monitoring Assisted Reproductive Technologies (ICMART) (ASRM, 2013; Salama, 2014).

Em Portugal, a prática da gestação de substituição não é 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). Atendendo ao previamente referido é conclusivo que a disponibilização da PMA, negando a gestação de substituição, atua como uma restrição à liberdade individual de realização do projeto parental autónomo possibilitado pelo desenvolvimento científico da medicina; a exclusão de pessoas devido ao seu estado civil e/ou orientação sexual apresenta-se incoerente com o princípio da igualdade e direito de constituir família; todo o ser humano deverá ter direito à descendência biológica e ao desenvolvimento da personalidade. A legitimidade do Estado na decisão de aprovação ou proibição da realização da maternidade de substituição é, deste modo, colocada em questão (CNECV, 2012; Costa & Silva, 2012).

No quadro 2, está sintetizado o documento elaborado pelo CNECV e os projetos de lei apresentados e debatidos em Assembleia de República (A.R) sobre a complexa questão ética e de resolução problemática que é a gestação de substituição (A.R, 2006; B.E, 2011; CNECV, 2012; P.S, 2012; P.S.D, 2012).

Quadro 2.

Enquadramento legal e projetos de lei referentes à gestação de substituição

Condições exigidas pelo CNECV	**Pontos-Base dos projetos em apreço**
1. A gestante e o casal beneficiário serão informados e esclarecidos do significado e consequências da influência da gestante no desenvolvimento embrionário e fetal, constando tudo num consentimento informado assinado atempadamente; 2. O consentimento pode ser revogado pela gestante em qualquer momento até ao início do parto (ficando a criança legalmente registada como sua); 3. O contrato deve incluir disposições a observar na ocorrência	1. Gestação de Substituição será concebida para situações absolutamente excecionais e com requisitos de admissibilidade estritos: obrigatoriedade de autorização e audição prévia da Ordem dos Médicos; 2. Apenas em casos de ausência de útero e de lesão ou doença deste órgão que impeçam de forma absoluta e definitiva a gravidez da mulher ou em situações clinicas que o justifiquem;

de malformações ou doença fetais e de eventual aborto; 4. A gestante e o casal serão informados do direito da criança de saber como foi gerada; 5. A gestante não deverá ser a doadora de ovócitos; 6. A gestante terá de ser saudável; 7. As motivações altruístas da gestante deverão ser avaliadas por uma equipa de saúde multidisciplinar; 8. Quaisquer intercorrências de saúde na gestação são decididas pela gestante com o apoio médico; 9. Caberá ao casal em conjunto com a gestante decidir a forma de amamentação e se a quer realizar; 10. É inaceitável uma ligação económica entre as partes envolvidas; 11. O contrato não pode impor restrições de comportamento à gestante; 12.O embrião transferido para gestante tem como progenitores gaméticos, pelo menos, um dos elementos do eventual casal; 13. A lei e sua regulamentação serão reavaliadas 3 anos após a entrada em vigor do documento.	3. Obrigatoriedade de natureza gratuita, exclusivamente altruísta, com proibição de quaisquer pagamentos, benefício ou doação, à exceção das despesas de saúde da gestante; 4. PS exige ainda que haja a utilização de, pelo menos, um gâmeta dos membros do casal.

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; Gago, 2012)

Atendendo ao anteriormente exposto, o principal objectivo desta revisão sistemática é, dada a inexistência de um estudo desta natureza em Portugal, providenciar um corpo de conhecimento organizado em função dos resultados de estudos noutros países e que procuraram explorar aspectos psicológicos relacionados com a gestação de substituição. Em concreto, foram analisados estudos com enfoque na 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.

Método

O conceito de metodologia pressupõe a definição de estratégias a aplicar na presente revisão e a determinação dos objetivos específicos a alcançar. Deste modo, será facilitado o processo de pesquisa do nosso estudo.

Pesquisa Bibliográfica

A pesquisa bibliográfica da literatura existente foi realizada em seis bases de dados, nomeadamente Pubmed, Elsevier, Cochrane Library, PsyInfo e Medline, 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;* e constructos da área da Psicologia: *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 caráter científico, sobre a matéria em análise, na língua portuguesa.

Seleção dos Estudos

Os estudos foram selecionados caso apresentassem os seguintes critérios de inclusão: intervalo de tempo; 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.

Procedeu-se à exclusão dos artigos pesquisados que não se enquadravam nos objetivos do presente estudo; remoção de duplicações em bases de dados; ficando selecionados 10 estudos.

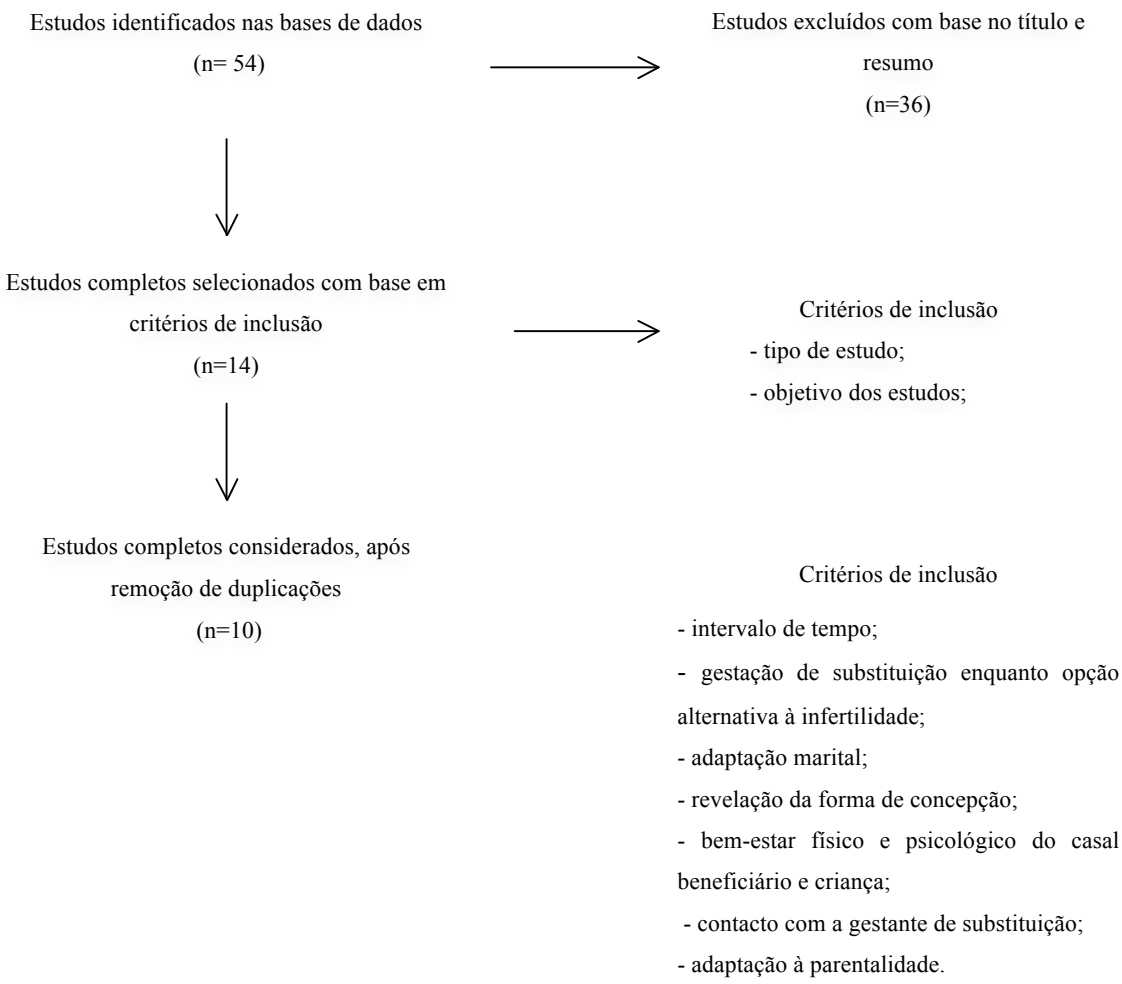


Figura 1 - Descrição do método de seleção de estudos – *Flowchart*.

Extração dos Dados

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