

# PAPEL DOS PSICÓLOGOS

## Processos de Gestão de Substituição

## **O Papel dos Psicólogos e Psicólogas nos Processos de Gestação de Substituição, publicado pela Ordem dos Psicólogos Portugueses.**

Documento elaborado com o contributo de Ana Galhardo (CP 6261), Ana Oliveira Pereira, (CP 779) Gabriela Moita (CP 7090), Isabel Martins (CP 6253), Mariana Moura Ramos (CP 263), Mariana Veloso Martins (CP 489), Miguel Ricou (CP 6696) e Mónica Fernandes (CP 1609).

A informação que consta e na qual se baseia este documento, elaborado em Setembro de 2023, foi obtida a partir de fontes que os autores consideram fiáveis. Esta publicação, ou partes dela, podem ser reproduzidas, copiadas ou transmitidas com fins não comerciais, desde que o trabalho seja adequadamente citado, conforme indicado abaixo.

---

### **Sugestão de citação**

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2023). O Papel dos Psicólogos e Psicólogas nos Processos de Gestação de Substituição. Lisboa.

---

### **Para esclarecimentos contactar a Ciência e Prática Psicológicas**

[andresa.oliveira@ordemdospsicologos.pt](mailto:andresa.oliveira@ordemdospsicologos.pt)

### **Ordem dos Psicólogos Portugueses**

Av. Fontes Pereira de Melo 19 D  
1050-116 — Lisboa

**+351 213 400 250**

**[www.ordemdospsicologos.pt](http://www.ordemdospsicologos.pt)**

O conceito de gestação de substituição refere-se a um **acordo ou contrato no qual uma mulher (gestante de substituição)** se disponibiliza para passar por um processo de gravidez por conta de outrem, **com o intuito de entregar a criança após o parto a um casal ou pessoa singular (casal beneficiário ou parte beneficiária) após o nascimento.**

Desta definição decorrem, essencialmente, dois tipos de processo: o “tradicional”, no qual são usados os ovócitos da mulher gestante e o material genético do pai pretendido ou de outro dador (existindo assim uma relação genética entre a mulher gestante e a criança); e o “gestacional”, no qual a mulher gestante não partilha qualquer material genético com a criança, uma vez que os gâmetas são obtidos a partir de um ou ambos os elementos da parte beneficiária e transferidos para a gestante após fertilização *in vitro* (e.g., Ciccarelli, 1997).

**A gestação de substituição constitui um método alternativo de procriação que envolve a intervenção, directa e activa, de uma terceira parte (a mulher gestante) no processo de gestação.** A nível de regulamentação, existem variações legais e legislativas consoante os países. No caso da Europa, dependendo dos países em análise, pode ser considerada ilegal, legal de uma forma comercial ou não comercial, e legal e regulamentada ou não regulamentada.

Em Portugal, o processo é legalmente consentido desde 2016, data da publicação da Lei n.º 25/2016, de 22 de Agosto, que veio regular o acesso à gestação de substituição, procedendo à terceira alteração à Lei n.º 32/2006, de 26 de Julho (Pro-

criação Medicamente Assistida). O espírito da lei é o de **garantir o acesso à gestação de substituição, a título gratuito, a qual deve assentar, exclusivamente, no altruísmo da mulher gestante, que decide e consente participar num projecto parental assumido pela parte beneficiária**, impossibilitada de o realizar pelos meios naturais de reprodução.

Deste modo, da legislação actualmente em vigor – Lei n.º 90/2021, de 16 de Dezembro, que altera o regime jurídico da procriação medicamente assistida, aprovado pela Lei n.º 32/2006, de 26 de Julho – procedem os seguintes aspectos: a) o recurso à gestação de substituição é **apenas admissível em casos excepcionais, subsidiário a doença** (e.g., ausência de útero, lesão ou doença deste órgão ou outra situação clínica que impeça de forma absoluta e definitiva a gravidez da mulher); b) podem recorrer à gestação de **substituição casais do mesmo sexo ou de sexo diferente, casados ou em situação análoga à dos cônjuges**, bem como **todas as mulheres**, independentemente do estado civil e orientação sexual<sup>1</sup>; c) a mulher gestante deve ser, preferencialmente, uma **mulher que já tenha sido mãe**; d) é exigido o **recurso aos gâmetas de, pelo menos, um dos elementos da parte beneficiária** (i.e., a criança que vier a nascer tem sempre de ser filha genética de um dos beneficiários), não sendo admissível, em caso algum, que a gestante seja também a dadora de qualquer ovócito usado no concreto procedimento em que é participante; e e) o procedimento tem, obrigatoriamente, uma natureza gratuita, sendo **expressamente proibida qualquer contrapartida financeira para a mulher gestante.**

<sup>1</sup> Note-se que a lei portuguesa veda a possibilidade de casais homossexuais compostos por homens a esta forma de procriação assistida, já que o argumento de “a ausência de útero” apenas é considerado nos casos em que este resulte de um problema clínico.

Porém, dos contratos de gestação de substituição decorrem aspetos de difícil consenso, nomeadamente, **a questão da instrumentalização da mulher gestante e a coisificação da criança**, enquanto objeto de uma transacção. Com efeito, pese embora a Carta Fundamental de Direitos Humanos da União Europeia assinale que, “no campo da medicina e da biologia, é proibido fazer negócio com qualquer parte do corpo humano” (cf. art. 3º), a **potencial natureza comercial do processo permanece problemática** – daí resultando, de resto, a vulgar designação de “barriga de aluguer”. Tal ocorre não apenas porque a consagração da proibição de contrapartida financeira no texto da lei não garante, na prática, a efetiva gratuidade do processo, mas porque a ampla variação (ou ausência) de legislação entre os países facilita a mercantilização do processo, em especial para mulheres em situações económicas precárias, ou promove a procura de gestantes de substituição em países onde a legislação é favorável<sup>2</sup>.

Em Portugal, onde a existência de empresas comerciais que pratiquem a gestação de substituição é legalmente proibida, existem, porém, empresas estrangeiras com representantes no país, que servem de intermediários com clientes portugueses/as. É importante esclarecer as questões relacionadas com o cenário de “turismo reprodutivo”. Pese embora a ilegalidade destes processos em Portugal, as partes interessadas podem recorrer a estes serviços para evitar longos tempos de espera ou usufruir de serviços de Saúde de qualidade e a preços acessíveis, por exemplo (Inhorn & Patrizio, 2015). Contudo, o “turismo reprodutivo” pode ter implicações graves nas condições a que as mulheres gestantes são expostas durante o processo, e assim causar situações de iniquidade, uma vez

que apenas pessoas com capacidade financeira poderão aceder aos mesmos.

A gestação de substituição reveste-se ainda de muitos outros aspetos de elevada complexidade, não apenas do ponto de vista ético, moral, social e jurídico, mas também psicológico. Efetivamente, dela decorrem **impactos específicos (físicos e psicológicos) e potenciais riscos (para a gestante de substituição, para a parte beneficiária e para a criança)**, que merecem cuidadosa avaliação e cuja prevenção ou resolução nem sempre se revelam fáceis ou consensuais.

**Considerando a complexidade e potenciais impactos dos processos de gestação de substituição, a imprescindibilidade do papel dos/as Psicólogos e Psicólogas é evidente.** São eles/as os profissionais equipados para acompanhar a mulher gestante durante a fase de tomada de decisão, facilitando a reflexão sobre todas as dimensões (psicológicas e práticas) envolvidas (e.g., riscos psicológicos da gestação de substituição, possibilidade de conflitos familiares, vinculação ao bebé, possível arrependimento e dificuldades no momento da entrega da criança ou em qualquer outro momento da gravidez), bem como para prevenir ou intervir no potencial impacto psicológico para todos os intervenientes do processo, ao longo de todas as suas etapas.

Assim, a **acção dos Psicólogos e Psicólogas junto de todos/as os/as envolvidos nos processos de gestação de substituição é fortemente recomendada pelos múltiplos Comitês de Ética internacionais** (e.g., Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2013; 2018).

<sup>2</sup> A título de exemplo, refira-se que a Ucrânia é o país europeu com o maior negócio remunerado de gestação de substituição (o segundo do mundo, a seguir aos EUA, que mais contratos de gestação de substituição celebra com estrangeiros): estima-se que, anualmente, nesse país nasçam cerca de 2500 crianças de pais estrangeiros, através do recurso a este procedimento.

# 1. A GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO PARTICULARIDADES E IMPACTOS

## 1.1. GESTANTE DE SUBSTITUIÇÃO

**A investigação nesta matéria é limitada**, em particular, no que respeita a estudos com gestantes de substituição em situação de pobreza ou pertencentes a minorias étnicas (e.g., Ciccarelli & Beckman, 2005) - grupos potencialmente mais vulneráveis à exploração no âmbito deste tipo de contrato.

Existem algumas evidências, mais antigas, de que apesar de razões financeiras poderem estar presentes (e.g., Hanafin, 1984; Hohman & Hagan, 2001), **as mulheres que aceitam acordos de gestação de substituição o fazem, sobretudo, por motivos altruísticos** (e.g., Ciccarelli, 1997; Hanafin, 1984; Ragoné, 1994; van den Akker, 2003, 2007) - para ajudar os outros - ou ainda na busca de um sentido de propósito, autoeficácia e realização pessoal (e.g., Hanafin, 1984; Blyth, 1994; Ciccarelli, 1997), que conduz a um aumento da sua autoestima (van den Akker, 2003; Edelman, 2004).

No que concerne à avaliação formal da Saúde Psicológica de gestantes de substituição, vários estudos revelam, com base na utilização do Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), a inexistência de diferenças significativas entre as pontuações destas mulheres e as da população em geral, confirmando a conclusão baseada nos auto-relatos de que **as gestantes de substituição geralmente possuem um bom ajustamento emocional e psicológico** (e.g., Franks, 1981; Hanafin, 1987; Klock & Covington, 2015).

No entanto, a investigação sobre o impacto psicológico destes processos é ainda insuficiente. Ainda assim, **vários trabalhos aludem a potenciais riscos psicológicos, que devem ser ponderados e justificam a intervenção dos Psicólogos e Psicólogas**, não apenas junto da gestante de substituição, mas de todos/as os/as intervenientes.

Um primeiro aspecto diz respeito à vinculação à criança por nascer. Se, por um lado, é expectável que a mulher gestante procure não se vincular ao bebé, de modo a conseguir mais facilmente entregá-lo, por outro, os estudos são unânimes a demonstrar como a qualidade da relação de vinculação entre

mães e bebés é fundamental para a saúde da mulher durante a gravidez e para a saúde e desenvolvimento da criança (van den Akker, 2003, 2007, 2017). Radica aqui **a preocupação de que a vinculação que a mulher gestante estabelece com o/a bebé possa conduzir ao arrependimento, dificultando ou impossibilitando a finalização do processo, ou que experiencie consequências psicológicas negativas**. Contudo, a evidência científica indica que, na maioria dos casos, a gestante não sente dificuldades na entrega da criança, vivendo o momento de uma forma positiva ou acompanhado por emoções negativas ligeiras, que se dissipam rapidamente (Golombok, 2015). Existem, no entanto, situações nas quais a entrega da criança é sentida como uma perda, colocando a mulher gestante em risco de dificuldades de Saúde Psicológica mais duradouras e/ou intensas (e.g., van den Akker, 2017).

Enfim, **é possível que uma mulher tome uma decisão altruística de aceitar participar num processo de gestação de substituição e, mais tarde, essa decisão possa ser reavaliada e, eventualmente, alterada**.

Adicionalmente, vários estudos relatam a **persistência de um estigma familiar e social associado a processos de gestação de substituição**, pelo que algumas mulheres gestantes vivem o processo isoladas da família e amigos/as, especialmente quando estes não concordam com a gravidez subrogada (e.g., van den Akker, 2017). É ainda de referir que podem sentir culpa por, durante o processo, nem sempre colocarem os seus/suas próprios/as filhos/as em primeiro lugar, especialmente quando a gravidez tem complicações (van den Akker, 2017).

Efetivamente, complicações ao longo da gravidez podem dar origem a medos por parte da mulher gestante, sendo um dos mais reportados **o receio de que a parte beneficiária não queira a criança quando surgem malformações congénitas ou doenças graves/incapacitantes** (Igreja & Ricou, 2019). Podem ainda ocorrer perdas reprodutivas (e.g., aborto) com grande impacto psicológico na mulher gestante, com evidências de maior risco de desenvolvimento de perturbação de

stresse pós-traumático (van den Akker, 2017). Acresce que, quando surgem complicações, muitas gestantes podem ver diminuído o seu apoio social ou sentir mais isolamento, permanecendo por estudar as verdadeiras implicações desta perda para a sua Saúde Psicológica a longo-prazo (van den Akker, 2017).

Nos casos em que a gravidez decorre sem complicações obstétricas, a evidência sugere, na maioria das situações, uma transição positiva entre o termo da gravidez e a entrega do/a bebé. O momento do parto, em particular, parece gerar sentimentos positivos para a gestante, aumentando o seu sentido de autoeficácia e autoconfiança (van den Akker, 2007). O parto tende a ser um momento feliz para a mulher gestante, que traduz também uma sensação de alívio pelo sucesso da gravidez e conclusão do processo. **Aspectos como a preparação psicológica prévia e a criação de mecanismos adaptativos por parte da mulher gestante (i.e., vivenciar a gravidez como um processo dividido com a/as/os beneficiária/as/os) podem contribuir para o sucesso desta transição** (Temen, 2008).

## 1.2. CASAL BENEFICIÁRIO

**A maior parte dos casais beneficiários que recorrem à gestação de substituição já percorreram um caminho exigente e desafiante**, que pode ter envolvido lidar com a infertilidade, perdas ou o desapontamento perante a impossibilidade de se tornarem mães e pais biológicos. Este historial tem impactos psicológicos potencialmente negativos (Cousineau & Domar, 2007). A infertilidade, em particular, é um problema cada vez mais comum – afeta 17,5% da população adulta (WHO, 2023) e para o qual existem inúmeras causas, como ausência de útero, baixa reserva ovárica, menopausa e menopausa precoce, doenças de origem genética ou infecciosa, ou até comportamental, como consequente ao consumo álcool, tabaco, drogas, poluição). Pode surgir como elemento surpresa na vida do casal e espoletar grandes preocupações, frustração, insegurança e sofrimento psicológico (Segers et al., 2019). Assim, **o confronto com um diagnóstico de infertilidade pode acarretar um impacto psicológico significativo nos elementos do casal**, ocasionando uma vasta gama de emoções (Boivin et al., 2022) e uma maior probabilidade de experienciar ansiedade, depressão, e stresse relacionado com a infertilidade (e.g., Kiani et al., 2020; Kiani et al., 2021; Ngai & Loke, 2022; Zurlo et al., 2020). Este impacto pode ainda ter efeitos na autoestima e identidade, relacionamento conjugal, relacionamento sexual e relações sociais (Santos & Ramos, 2010).

A **principal motivação da parte beneficiária** para recorrer a este método, em oposição a outros, como a adopção, assenta, sobretudo, no desejo de ter uma **ligação genética com os/as filhos/as** (Langdrige et al., 2000), bem como de **estabelecer uma relação com o/a bebé desde o nascimento** e de poder acompanhar todo o processo do seu desenvolvimento. Existem outras situações que podem reforçar esta opção, por exemplo, contraindicações médicas à gravidez ou risco de transmissão de doenças genéticas. Outros motivos incluem abortos repetidos ou várias tentativas não sucedidas de fertilização in vitro

Porém, existem situações em que a mulher gestante sente tristeza pelo final do processo e/ou receio de perder o contacto com a parte beneficiária (Baslington, 2002; van den Akker, 2007). De facto, vários estudos indicam que as gestantes estabelecem uma relação com a parte beneficiária, e não com o/a bebé (e.g., Baslington, 2002; Ciccarelli, 1997; Hohman & Hagan, 2001; Ragoné, 1996), referindo-se ao bebé como “filho/a do casal”. Assim, **a qualidade da relação com a parte beneficiária parece determinar, em grande medida, a satisfação da mulher gestante com a experiência** (Baslington, 2002; Ciccarelli, 1997; Hohman & Hagan, 2001;). Portanto, em situações nas quais é previamente acordado que a mulher gestante e a parte beneficiária se manterão em contacto e esse compromisso não é cumprido, o impacto psicológico na mulher gestante pode ser negativo, deixando-a com a sensação de aproveitamento, desamparo e desilusão (e.g., Ciccarelli, 1997; Jadva, 2016).

(Shenfield et al., 2005).

Durante a **procura inicial por uma gestante de substituição**, a compatibilidade é uma das principais preocupações da maioria dos casais beneficiários, correspondendo a um primeiro **fator de stresse** (Edelmann, 2004; van den Akker, 2000). Divergências ou conflitos em fases mais avançadas do processo, por exemplo, durante a implantação do embrião ou durante a gravidez (período de “espera gestacional”), também podem originar sofrimento psicológico intenso (Edelmann, 2004). Para além destes, preocupações comuns da parte beneficiária, suscetíveis de afetar a sua Saúde Psicológica e bem-estar, incluem o estigma associado a estes processos, a medicação ingerida pela mulher gestante, possíveis complicações médicas da gestação ou receios vários relacionados com o bem-estar do/a bebé durante a gravidez e após o parto (Edelmann, 2004). De todo o modo, **a principal preocupação dos casais beneficiários centra-se, normalmente, na concretização da entrega do/a bebé após o nascimento**, de acordo com o previamente estabelecido (Golombok, 2015; van den Akker, 2017). Todas estas preocupações devem ser identificadas e abordadas, nomeadamente por Psicólogos e Psicólogas, por forma a evitar impactos futuros, quer para a parte beneficiária, quer para a sua relação com a mulher gestante (que, muitas vezes, tem uma relação próxima com a parte beneficiária).

**No pós-parto, após entrega da criança, alguns casais podem sentir mais dificuldades no estabelecimento da relação de vinculação** e, como consequência, ter menor responsabilidade perante as suas necessidades (van den Akker, 2017). Para além disso, há ainda a questão do **contacto com a mulher gestante após o nascimento**. Em várias situações, é mutuamente acordado que a mulher gestante não voltará a estar com a criança e com a parte beneficiária. Da mesma forma, sendo sempre uma escolha da parte beneficiária e da mulher

gestante (idealmente discutida e acordada previamente), há situações em que a família que recebe a criança e a família da mulher gestante mantêm um contacto frequente ao longo da vida. A este respeito, a literatura parece indicar que os contactos com a mulher gestante ao longo do tempo são considerados como positivos (Igreja & Ricou, 2019). É ainda relevante notar que a pessoa tem o direito de saber, a partir dos 18 anos e se assim o desejar, quem foi a sua gestante.

Como acima é referido, a **qualidade da relação estabelecida entre a gestante e o casal beneficiário é um dos principais preditores do ajustamento psicológico durante o processo para todos/as os/as envolvidos/as** (e.g., van den Akker, 2003; 2005; 2007). Não existe uma forma única de relação que garanta melhores resultados, mas é possível identificar situações em que as formas de contacto e os limites são acordados entre todos/as, possibilitando que todos/as fiquem sa-

tisfeitos/as com as decisões tomadas. Na ausência de uma boa comunicação, podem ocorrer mais conflitos e frustração de expectativas, sendo sentidas mais preocupações, desconfianças e ambivalência de parte a parte (e.g., Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2013; Golombok, 2015).

No que diz respeito à parentalidade, os resultados da investigação são mistos. Se, por um lado, é possível encontrar estudos que retratam estas famílias como tendo menor stresse parental e mais competências parentais, por outro, também é possível encontrar estudos onde são reportados comportamentos de sobreprotecção, menos autoeficácia e grande pressão para conseguir corresponder aos filhos (Golombok et al., 2011; van den Akker, 2017).

### 1.3. CRIANÇA

**A Saúde Psicológica da criança pode ser influenciada pelas expectativas da mulher gestante, pelas expectativas sociais e pela qualidade das relações estabelecidas** (Golombok et al., 2011). Uma das questões mais controversas reside na dúvida em revelar à criança as circunstâncias da sua concepção (Igreja & Ricou, 2019). As mães e pais serão, é claro, autónomos/as nas suas decisões em relação à educação dos/as filhos/as. No entanto, muitos têm receio de que esta revelação possa conduzir a uma relação mais negativa com os filhos (van den Akker, 2017). Porém, não informar a criança pode ter consequências negativas, quer para a criança, quer para a mulher gestante e parte beneficiária – por exemplo, no caso de descoberta acidental, em contexto de crise familiar (van den Akker, 2007) e, efectivamente, a existência de segredos nas famílias é, de acordo com as evidências científicas, fonte de conflitos e dificuldades. Nessa perspetiva, **o facto de a criança ter sido concebida com recurso à gestação de substituição não deve ser objeto de reserva em relação à criança** (sendo que, a partir dos 18 anos e se assim o desejar, a pessoa terá sempre direito a conhecer informações de natureza genética e a identidade civil do dador de gâmetas ou embriões).

A informação deve ser trabalhada e transmitida em função do nível de maturidade da criança, evitando transformar este facto num problema ou num segredo. É algo que, tendencialmente, se não for problematizado pelas mães e pais, não será problematizado pela criança. A investigação mostra que a grande maioria opta por contar, sendo esta a opção mais benéfica para a criança. A revelação costuma ser feita entre os 3 e os 5 anos, acabando por contribuir para que a criança tenha uma imagem mais positiva de si e da sua história (van den Akker, 2017). Assim, **quando feita de uma forma adequada à idade e transmitindo uma imagem positiva da concepção e da mulher gestante, a revelação está associada a um menor risco de desenvolvimento de problemas de Saúde Psicológica.**

Os estudos demonstram que, um ano após o nascimento, as crianças nascidas por via de gestação de substituição não diferem, em temperamento ou gravidade dos problemas com-

portamentais, daquelas nascidas por doação de óvulos ou por concepção natural (Golombok et al., 2004), sendo que os pais e mães evidenciam relações de vinculação mais seguras e uma parentalidade mais positiva, em comparação com gravidezes espontâneas. Este padrão mantém-se quando as crianças atingem os 2 anos de idade, não sendo encontradas diferenças no desenvolvimento cognitivo ou socioemocional (Golombok et al., 2006). Da mesma forma, não há registos de diferenças em termos de bem-estar psicológico aos 3, 7 ou 10 anos de idade da criança (Golombok et al., 2011; Golombok et al., 2006).

No que respeita à manutenção da relação entre a criança e a gestante, existem situações em que sentimentos conflituosos e receios das famílias podem precipitar a interrupção abrupta da ligação, deixando a criança com o desejo de conhecer melhor a sua gestante e com mais dificuldades em dar um sentido à sua história e identidade (Golombok, 2015). Embora os resultados obtidos até à data não devam ser vistos como conclusivos, a generalidade da investigação não apoia a ideia de que a ligação entre a criança e a gestante de substituição se deva manter a mínima possível (Igreja & Ricou, 2019). Pelo contrário, **o contacto regular da criança com a gestante parece associar-se a uma melhor compreensão e aceitação por parte da criança relativamente à sua história e identidade** (RuizRobledillo & Albiol, 2016).

## 2. O PAPEL DOS PSICÓLOGOS E PSICÓLOGAS NOS PROCESSOS DE GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO

**Para a mulher gestante, o processo de gestação de substituição pode ser emocionalmente complexo e muito desafiante**, gerando, potencialmente, dificuldades relacionadas com a sua identidade e autonomia, ansiedade de separação, receio de procedimentos médicos ou preocupações relativas às expectativas da parte beneficiária. **O apoio psicológico pode ajudar a gestante a enfrentar esses desafios**, fornecendo apoio emocional e recursos para gerir emoções e expectativas ao longo de todas as etapas, nomeadamente, diminuindo a probabilidade de arrependimento. De forma geral, a evidência indica que **beneficiar de acompanhamento psicológico antes e durante o processo de gestação de substituição pode maximizar o grau de satisfação da mulher gestante com a experiência** (Ciccarelli, 1997).

O processo pode também afetar a **família da gestante** (cônjuge e filhos/as que possam existir). Também para estes, **o apoio psicológico pode ajudar** a melhor compreender o processo e fornecer apoio emocional ao longo das suas diferentes fases.

Da mesma forma, a **parte beneficiária** estará a viver uma fase sensível, sendo que o acompanhamento do processo de gravidez é importante, mas dificultado por ser vivido com uma terceira pessoa. **A intervenção psicológica pode ajudar** a reduzir o stresse e a ansiedade provocados pela situação, facilitar a reflexão sobre as potenciais dificuldades do processo e formas de as ultrapassar e discutir aspetos relacionados com a parentalidade. O/a Psicólogo/a pode promover uma vinculação segura e saudável da parte beneficiária com a criança e ajudar a discutir formas de abordar a gestação de substituição ao longo da vida da criança. Pode ainda sugerir à parte beneficiária a possibilidade de participação em programas de promoção de competências parentais.

Ao fomentar a comunicação harmoniosa das diferentes necessidades, expectativas e níveis de envolvimento, **o/a Psicólogo/a pode contribuir para o bem-estar da parte beneficiária, da mulher gestante e da criança, a longo-prazo.**

Face a estas evidências, e à medida que a consciência das complexidades psicossociais inerentes aos acordos de gestação de substituição foi aumentando, o papel do/a Psicólogo/a como fonte de apoio essencial ao longo do processo tornou-se cada vez mais claro (Riddle, 2020). **O apoio psicológico ao casal e à gestante constitui uma das formas mais eficazes de reduzir o risco de conflito entre os intervenientes durante todo o processo, bem como de prevenir a ocorrência de problemas de Saúde Psicológica** (Söderström-Anttila et al., 2016).

Deste modo, **a garantia de acompanhamento dos processos de gestação de substituição por uma equipa multidisciplinar da qual façam parte Psicólogos e Psicólogas é altamente recomendada** (Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2013; van den Akker, 2003; 2005; 2007). Devem ser estes/as os profissionais responsáveis por avaliar os factores psicológicos envolvidos, promover a reflexão sobre as motivações, expectativas e medos, assim como fazer um acompanhamento psicológico ao longo de todo o processo (não apenas à mulher gestante, mas à parte beneficiária, bem como, em caso de necessidade, ao cônjuge da gestante e/ou filhos/as que possam existir), assegurando que todos/as os/as envolvidos podem beneficiar de apoio psicológico em continuidade (antes, durante e após a gestação de substituição).

A Lei n.º 90/2021, de 16 de Dezembro, no seu art. 13ºA (Direitos da gestante de substituição), ponto 1, alínea d), consagra o **acompanhamento psicológico antes, durante e após o parto**, prevendo que o acompanhamento psicológico se mantenha, antes, durante a gestação e após o parto, servindo como um espaço de apoio, livre e sem julgamento, facilitador da Saúde Psicológica e do bem-estar da mulher gestante, do/a bebé e da parte beneficiária.



## 2.1. PERFIL DOS/AS PSICÓLOGOS/AS QUE ACOMPANHAM PROCESSOS DE GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO

Assumindo que as especialidades em Psicologia não são definitórias das competências que o Psicólogo ou Psicóloga deverá ter, não deverão ser definidas condições formais mínimas para a intervenção ao nível da gestação de substituição. Ainda assim, no respeito pela sua **autonomia técnica e científica**, cada profissional é responsável pelas decisões que toma relativamente à sua prática, nomeadamente no que diz respeito às técnicas terapêuticas utilizadas – desde que estas tenham suporte científico e que a Psicóloga ou Psicólogo possua formação para as utilizar. Assim, no cumprimento do previsto no **Código Deontológico**, sublinhe-se que os Psicólogos e Psicólogas devem, na sua atividade profissional, **exercer em áreas dentro da Psicologia para as quais tenham recebido formação específica**, bem como abster-se de utilizar materiais específicos da profissão para os quais não tenham recebido formação, que saibam desatualizados ou que sejam desadequados ao contexto de aplicação. Como tal, na eventualidade de ser necessária a aplicação de materiais específicos ou de utilizar determinadas técnicas terapêuticas, tal apenas deve ocorrer após formação prévia.

## 2.2. ATIVIDADES DOS PSICÓLOGOS/AS QUE ACOMPANHAM PROCESSOS DE GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO

As principais atividades dos Psicólogos e Psicólogas envolvidos/as no acompanhamento de processos de gestação de substituição incluem, nas não se limitam, a:

- **Esclarecimento e informação.** Os Psicólogos e Psicólogas devem estar informados/as sobre as considerações legais e éticas, bem como sobre os impactos psicológicos dos processos de gestação de substituição, por forma a estarem preparados/as para facultar informação relevante para a tomada de decisão, para o fornecimento do consentimento livre e informado (nomeadamente, esclarecendo sobre riscos psicológicos, potenciais conflitos, aspetos da vinculação ao bebé, possível arrependimento e dificuldades no momento da entrega da criança ou em qualquer outro momento da gravidez) e para a prevenção de conflitos ao longo do processo (por exemplo, esclarecendo sobre a possibilidade de revogação do consentimento por parte da gestante de substituição) – nomeadamente, trabalhando tópicos específicos em sessões de educação psicológica deliberada.

Na salvaguarda destes pressupostos, constituem recomendações no que concerne ao **perfil dos Psicólogos e Psicólogas que acompanham processos de gestação de substituição**:

- Especialização Geral em Psicologia Clínica e da Saúde<sup>3</sup>.
- Experiência prévia de intervenção na área da Procriação Medicamente Assistida (PMA), nomeadamente no acompanhamento de pessoas em processos de Procriação Medicamente Assistida (PMA).
- Formação que permita o desenvolvimento de competências necessárias para levar a cabo a educação psicológica deliberada e a avaliação/intervenção recomendadas neste documento.

- **Avaliação Psicológica e Psicossocial.** Neste âmbito, os Psicólogos e Psicólogas realizam processos de avaliação, psicodiagnóstico, análise e monitorização de necessidades e indicadores psicossociais de todos os envolvidos no processo, incluindo as suas características de personalidade e de saúde; as capacidades cognitivas, emocionais e psicológicas; as suas motivações e expectativas; o seu bem-estar e qualidade de vida; os recursos sociais; os problemas de Saúde Psicológica e do comportamento; os potenciais riscos psicológicos decorrentes do processo.

- **Intervenção Psicológica.** Os Psicólogos e Psicólogas podem fornecer apoio emocional e acompanhamento psicológico a todos os intervenientes do processo, com o intuito de prevenir o impacto de riscos psicológicos, incluindo o apoio no desenvolvimento de estratégias de gestão da ansiedade e stresse, bem como de facilitação da comunicação entre as partes e de resolução de conflitos. Podem ainda intervir em dificuldades e problemas de Saúde Psicológica que possam surgir ao longo do processo (e.g., ansiedade, depressão, problemas de sono).

<sup>3</sup> A este propósito, recomenda-se a leitura do [Perfil dos/as Psicólogos/as da Saúde](#).

- **Promoção global da Saúde e do Bem-Estar.** Os Psicólogos e Psicólogas podem apoiar na identificação de necessidades e recursos de todos os envolvidos e promover o desenvolvimento de comportamentos pró-saúde e bem-estar, nomeadamente, no que diz respeito a estratégias de autocuidado e de prevenção de impactos psicológicos negativos, assim contribuindo para o bem-estar da mulher gestante e restantes intervenientes. Devem ainda defender o superior interesse e bem-estar da criança, ajudando a garantir que as suas necessidades são sempre priorizadas.

## 2.3. ALGUMAS RECOMENDAÇÕES PARA A ACÇÃO

Os Psicólogos e Psicólogas devem estar cientes de que a gestão de substituição é um processo complexo, do qual podem resultar alterações rápidas e estados emocionais que podem ser sentidos como difíceis, pelo que a sua disponibilidade e possibilidade de continuidade da intervenção, ao longo de todas as fases do processo, é relevante.

### 2.3.1. ESCLARECIMENTO PRÉ-CONTRATUAL

O esclarecimento pré-contratual destina-se a **fornecer informações práticas associadas ao processo** que possam apoiar a tomada de decisão e o fornecimento do consentimento livre e esclarecido, podendo incluir:

- Obrigações da mulher gestante no cumprimento das orientações médicas do/a obstetra e realização de exames e atos terapêuticos por este/a considerados indispensáveis;
- Direitos da mulher gestante na participação na escolha do/a obstetra, tipo de parto e do local do mesmo;
- Possibilidade de recusa de amniocentese;
- Evitamento de viagens no terceiro trimestre;
- Disposições a observar sobre quaisquer intercorrências de saúde ocorridas na gestação, quer a nível fetal, quer a nível da mulher gestante;
- Interrupção da Gravidez;
- Possibilidade de denúncia do contrato por qualquer das partes;
- Tentativas de gravidez falhadas;
- Mudança de ideias: termos de revogação e suas consequências;
- Despesas, incluindo seguros de saúde;
- Potenciais impactos psicológicos para todos/as os/as envolvidos/as.

**Este esclarecimento não é, obrigatoriamente, realizado pelo Psicólogo ou Psicóloga, podendo também ser realizado por outros elementos da equipa multidisciplinar que acompanhar o processo. No entanto, funcionam como contexto preparatório e educação psicológica deliberado apoio à tomada de decisão sobre ser gestante.**

Durante o **período pré-contratual**, são ainda recomendados alguns temas **para educação psicológica deliberada, a debater com a candidata a gestante**, nomeadamente:

- Envolvimento/vinculação com uma criança que não será seu/sua filho/a;
- Questões associadas ao desenvolvimento de problemas de Saúde Psicológica perinatal;
- Dimensões associadas ao aparecimento de malformações no feto e a questões genéricas da interrupção de gravidez;
- Direito ao arrependimento;
- Impacto emocional inerente aos tratamentos de fertilidade e à possibilidade de tentativas mal-sucedidas para engravidar (e.g., número de ciclos, tentativas falhadas, entre outras); potencial perda da própria fertilidade;
- Eventual necessidade de interrupção de projetos pessoais/profissionais por ocorrências reprodutivas/obstétricas (e.g., necessidade de baixa médica, tempo exigido para engravidar);
- Questões relacionadas com a possível morte da parte beneficiária (e.g., morte de uma das partes do casal beneficiário) ou surgimento de doença grave a meio do processo.

A **debater com a parte beneficiária**, são recomendados os seguintes temas:

- Envolvimento/vinculação com uma criança com uma gravidez e parto heterólogos;
- Questões associadas ao desenvolvimento de problemas de Saúde Psicológica perinatal;
- Dimensões associadas ao aparecimento de malformações no feto e a questões genéricas da interrupção de gravidez;
- Impacto físico e emocional inerente aos tratamentos de fertilidade e à possibilidade de tentativas mal-sucedidas para engravidar (e.g., número de ciclos, tentativas falhadas, entre outras);
- Relevância da qualidade da relação com a mulher gestante durante a gravidez (qual o nível de envolvimento da

parte beneficiária desejado durante a gravidez), durante o parto (gestão de expectativas de gestante e parte beneficiária, quem está presente, quem pega no/a bebé após o parto, amamentação e relação posterior). As expectativas relacionais devem ser particularmente trabalhadas na fase de acompanhamento das partes;

- Direito ao arrependimento por parte da mulher gestante.

### 2.3.2. AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Analisando algumas directrizes internacionais para a avaliação de candidatas a gestantes de substituição (e.g., ASRM, 2012) as recomendações, no que diz respeito à intervenção dos Psicólogos e Psicólogas, incluem a realização de uma **avaliação psicológica e psicossocial da candidata e parte beneficiária**. Tal avaliação está prevista na moldura legal portuguesa, no âmbito do pedido de autorização prévia à celebração do contrato de gestação de substituição<sup>4</sup>.

A avaliação psicológica pode incluir uma entrevista clínica com recurso, se necessário, a instrumentos standardizados. O processo de avaliação pode incluir ainda uma **reunião do/a Psicólogo com todas as partes, separadamente e em conjunto**, para abordar temas relevantes para a celebração do contrato de gestação de substituição – em particular, questões associadas ao consentimento, riscos psicológicos potenciais e eventuais evidências de coerção (financeira ou emocional). Recomendações adicionais incluem **sessões de educação psicológica deliberada** para a parte beneficiária. É ainda indicado que diferentes profissionais, trabalhando articuladamente numa equipa multidisciplinar, avaliem a mulher gestante e a parte beneficiária.

O pedido de autorização prévia à celebração do contrato de gestação de substituição pressupõe, na legislação portuguesa, a realização de uma **avaliação psicológica da candidata e da parte beneficiária**, por um/a Psicólogo/a Clínico/a, considerando a natureza qualitativa dos processos de avaliação psicológica, **desta avaliação não poderá resultar a aprovação ou reprovação dos/as candidatos/as** – sendo essa, de resto, uma competência exclusiva do Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA). Esta avaliação antes deve ser referente às condições psicológicas da parte beneficiária e da candidata a gestante de substituição (nomeadamente, no que respeita à gestante, permitindo aferir do **consentimento plenamente livre, não sujeito a pressões externas, nem condicionado pela perspectiva de benefícios de natureza material, profissional ou de qualquer outra espécie**), identificando dimensões que possam representar pontos fortes e pontos fracos dos/as candidatos/as, na prossecução dos papéis a que se propõem, bem como potenciais dificuldades e, em caso de necessidade, recomendando algum tipo de intervenção psicológica com vista à superação das mesmas.

Na elaboração do relatório, o Psicólogo/a responsável deve considerar o guião de relatório para gestante e candidatos/as, onde devem ser incluídas referências a todos os pontos definidos na avaliação psicológica.

O referido relatório é posteriormente entregue ao CNPMA, que o envia à OPP para emissão de parecer, por forma a assegurar que todos os procedimentos recomendados, seja no contexto de avaliação psicológica, seja no contexto de intervenção, foram cumpridos, e que, deste modo, estarão asseguradas as condições que possam potenciar o melhor curso do processo de gestação de substituição. Este parecer constitui um dos elementos que contribui para a tomada de decisão final do CNPMA no que à autorização prévia à celebração do contrato de gestação de substituição diz respeito.

#### Avaliação Psicológica da Gestante

A avaliação psicológica da candidata a gestante de substituição é de extrema importância para avaliar questões de perturbação da vontade, pressões e coerções da parte beneficiária ou de terceiros, bem como para aferir das condições psicológicas para o envolvimento em todo o processo. O recurso a instrumentos standardizados é necessário no caso de dúvidas sobre aspectos do funcionamento psicológico ou da capacidade de tomada de decisão (e.g., competência/défice cognitivo ou estados emocionais depressivos e/ou ansiosos que coloquem em causa a capacidade de tomada de decisão).

#### A avaliação psicológica pode contemplar os seguintes aspectos:

- Anamnese psicossocial, incluindo, histórico pessoal e familiar, experiência educacional e ocupacional, acontecimentos de vida ou circunstâncias de vida indutores de stresse e manutenção de coping, relações interpessoais, histórico legal, histórico de abuso, negligência, consumo de substâncias, etc.;
- Anamnese reprodutiva, incluindo história de gravidezes prévias, vivências de pós-parto, e planeamento familiar;
- Comportamentos e estilo de vida, em particular, dificuldades e exigências, níveis de stresse e estratégias de autocuidado (e.g., alimentação, exercício físico, sono);

<sup>4</sup> À data da elaboração deste documento, decorre o processo de apreciação do Projecto de Decreto-Lei que procede à regulamentação da Lei n.º 90/2021, de 16 de Dezembro, que altera o regime jurídico aplicável à gestação de substituição.

- Funcionamento psicológico e história prévia de problemas de Saúde Psicológica, bem como de acontecimentos de vida indutores de stresse recentes ou antecipados (e.g., perdas significativas, conflitos, problemas relacionais);
- Motivações e tomada de decisão, incluindo expectativas em relação ao processo (i.e., número de ciclos, complicações decorrentes da gravidez, interrupção da gravidez);
- Revelação da gravidez à rede de apoio e em relação aos diversos contextos de vida da pessoa;
- Expectativas em relação à criança futura. Vínculo ao feto sem ligação genética, incluindo a influência do ambiente uterino no desenvolvimento embrionário e fetal; relação futura com a criança e parte beneficiária;
- Expectativas quanto à relação com a parte beneficiária, incluindo envolvimento em todos os atos médicos ao longo da gestação, parto e relação após o parto, seja uma relação intrafamiliar ou não;
- No caso da mulher gestante ter um parceiro/a, realização de uma sessão conjunta que permita clarificar dúvidas e expectativas em relação ao processo e às suas dimensões sociais, bem como às dimensões físicas e psicológicas associadas a uma gravidez de substituição.

**Outros aspetos podem ser ponderados e identificados no âmbito da avaliação. Alguns exemplos incluem (ASRM, 2022):**

- Compromisso do funcionamento cognitivo e/ou incapacidade para fornecer o consentimento livre e esclarecido;
- Suspeita ou evidência de coerção financeira ou emocional;
- Presença de psicopatologia significativa, sem tratamento profissional;
- Uso actual de medicação psicoativa;
- Questões não resolvidas relacionadas com um evento reprodutivo negativo;
- Instabilidade interpessoal/conjugal ou apoio emocional insuficiente do parceiro/cônjuge, ou da rede de suporte;
- Exigências familiares percebidas como excessivas ou indutoras de stresse pela candidata;
- Comportamentos de risco.

### Avaliação Psicológica da Parte Beneficiária

A avaliação psicológica da parte beneficiária deverá ser realizada por um Psicólogo ou Psicóloga diferente daquele/a que realizar a avaliação da candidata a gestante e poderá abordar os seguintes aspectos (ASRM, 2022):

- Historial de infertilidade, estratégias de coping para estes desafios;
- Discussão sobre aspectos das partes que possam afectar o acordo (e.g., raça, etnia, religião, estatuto socio-económico);
- Motivações para a realização do processo. Em situações em que a parte beneficiária seja constituída por duas pessoas, deve existir a possibilidade de realização de sessões individuais, quando existam dúvidas sobre a motivação de ambos;
- Expectativas, nomeadamente exploração do significado de parentalidade e importância do vínculo genético;
- Expectativas relacionadas com a privacidade e divulgação (incluindo redes sociais), revelação do processo à rede de apoio social, e nível de aceitação social e familiar;
- Expectativas e riscos emocionais (e.g., tristeza, culpa, ciúme);
- Expectativas sobre o comportamento da gestante de substituição durante a gravidez;
- Revelação do processo à futura criança, com especial sensibilidade em casos de gestação intrafamiliar.

### 2.3.3. ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO

Conforme referido, o acompanhamento psicológico de todas as partes envolvidas é altamente recomendado ao longo de todas as etapas do processo, nomeadamente, a **realização de um processo de consultas psicológicas como forma de apoiar o processo de gravidez e o período pós-parto, sobretudo para a gestante e parte beneficiária**. Ainda que todas as outras pessoas envolvidas (parceiro/a e/ou filhos/as da gestante ou outros) devam ter direito a beneficiar de apoio psicológico.

Caso as partes estejam de acordo, pode ser importante a realização de **sessões conjuntas** com vista a promover o bem-estar das pessoas envolvidas e a mediação, se necessária, em relação a qualquer dimensão do processo.

# CONCLUSÃO

**Os/as profissionais da Psicologia estão numa posição única para contribuir para o sucesso dos processos de gestão de substituição, assegurando, não apenas o seu bom funcionamento, mas ainda prevenindo potenciais impactos negativos para a Saúde Psicológica de todos/as os/as envolvidos/as.** São fundamentais no período pré-contratual (i.e., no âmbito do pedido de autorização prévia à celebração do contrato de gestão), sendo responsáveis pela avaliação psicológica, legalmente prevista, da candidata a gestante de substituição, bem como da parte beneficiária – avaliação esta que deve garantir que todas as partes se encontram devidamente esclarecidas e na posse das condições necessárias à celebração do contrato. Adicionalmente, os Psicólogos e Psicólogas possuem as competências necessárias para, junto de todos os intervenientes, acompanhar o processo de gestão de substituição, fornecendo-lhes apoio emocional, facilitando a gestão das complexidades associadas a uma jornada desta natureza, promovendo a comunicação entre todas as partes envolvidas e intervindo em dificuldades ou problemas de Saúde Psicológica concretos que possam surgir ao longo do processo. Por fim, considerando que o processo de gestão de substituição pode impactar o bem-estar da criança, os Psicólogos e Psicólogas podem ajudar a garantir que o seu superior interesse é sempre respeitado, assegurando que todos os intervenientes estão envolvidos no objectivo de proporcionar condições ao desenvolvimento saudável e seguro da criança. São, portanto, profissionais cuja intervenção não pode, em qualquer das fases, ser dispensada.

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Society for Reproductive Medicine (2012). Recommendations for practices utilizing gestational carriers: An ASRM Practice Committee guideline. *Fertility and Sterility*, 97(6), 1301-1308.

American Society for Reproductive Medicine (2022). Recommendations for practices utilizing gestational carriers: A committee opinion. *Fertility and Sterility*, 118(1), 1301-1308.

Baslington, H. (2002). The social organization of surrogacy: Relinquishing a baby and the role of payment in the psychological detachment process. *Journal of Health Psychology*, 7, 57-71.

Blyth, E. (1994). "I wanted to be interesting. I wanted to be able to say 'I've done something with my life'": Interviews with surrogate mothers in Britain. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 12, 189-198.

Boivin, P., Vassena, D., Costa, D., ... & Domar, D. (2022). Tailored support may be required to reduce the impact of the infertility journey on mental health, relationships and daily lives of infertile patients and partners to infertile patients. *Reproductive BioMedicine Online*, 44(6), 1045-1054.

Ciccarelli, J. C. & Beckman, L. (2005) Navigating rough waters: An overview of psychological aspects of surrogacy. *Journal of Social Issues*, 61(1), 21-43.

Ciccarelli, J. C. (1997). The surrogate mother: A post-birth follow-up study. Unpublished Doctoral Dissertation. Los Angeles: California School of Professional Psychology.

Cousineau, T. & Domar, A. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21, 293-308.

Edelmann, R. J. (2004). Surrogacy: The psychological issues. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 22, 123-136.

Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine (2013). Consideration of the gestational carrier: A committee opinion. *American Society for Reproductive Medicine*, 99, 1838-41.

Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine (2018). Consideration of the gestational carrier: A committee opinion. *American Society for Reproductive Medicine*, 110, 1017-21.

Franks, D. (1981). Psychiatric evaluation of women in a surrogate mother program. *The American Journal of Psychiatry*, 138, 1378.

Golombok, S. (2015). *Modern families: Parents and children in new family forms*. Cambridge University Press.

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.

Golombok, S., Murray, C., Jadva, 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(7), 1918-24.

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(3), 400-411.

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. *Developmental Psychology*, 47, 1579-1588.

Hanafin, H. (1987). *Surrogate parenting: Reassessing human bonding*. American Psychological Association Convention, New York.

Hanafin, H. (1984). *The surrogate mother: An exploratory study*. (Doctoral dissertation, California School of Professional Psychology.) *Dissertation Abstracts International*, 45(10-B), 3335-3336.

Hohman, M. M., & Hagan, C. B. (2001). Satisfaction with surrogate mothering: A relational model. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 4, 61-84.

Igreja, A. R. & Ricou, M. (2019). Surrogacy: Challenges and ambiguities. *The New Bioethics*.

Inhorn, M. & Patrizio, P. (2012). Procreative tourism: debating the meaning of cross-border reproductive care in the 21st century. *Expert Rev. Obstet. Gynecol.*, 7(6), 509-511.

- Jadva, V. (2016). Surrogacy: Issues, concerns, and complexities. In S. Golombok, R. Scott, J. Appleby, M. Richards & S. Wilkinson (Eds.), *Regulating Reproductive Donation* (pp. 126-139). Cambridge University Press.
- Kiani, Z., Simbar, M., Hajian, S., & Zayeri, F. (2021). The prevalence of depression symptoms among infertile women: A systematic review and meta-analysis. *Fertility Research and Practice*, 7, 1-10.
- Kiani, Z., Simbar, M., Hajian, S., ... & Ghasemi, V. (2020). The prevalence of anxiety symptoms in infertile women: a systematic review and meta-analysis. *Fertility Research and Practice*, 6, 1-10.
- Kleinpeter, C. G., & Hohman, M. A. (2000). Surrogate motherhood: Personality traits and satisfaction with service providers. *Psychological Reports*, 87, 957-970.
- Klock, S. & Covington, S. (2015). Results of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 among gestational surrogacy candidates. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 130, 257-260
- Langdridge, D., Connolly, K., & Sheeran, P. (2000). Reasons for wanting a child: A network analytic study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18, 321-338.
- Ngai, F. W., & Loke, A. Y. (2022). Relationships between infertility-related stress, family sense of coherence and quality of life of couples with infertility. *Human Fertility*, 25(3), 540-547.
- Ragoné, H. (1994). *Surrogate motherhood. Conception in the heart*. Boulder: Westview.
- Ragoné, H. (1996). Chasing the blood ties: Surrogate mothers, adoptive mothers and fathers. *American Ethnologist*, 23, 352-365.
- Riddle, M. P. (2020). Psychological assessment of gestational carrier candidates: current approaches, challenges, and future considerations. *Fertility and Sterility*, 113(5), 897-902.
- Ruiz-Robledillo, N. & Moya-Albiol (2016). Gestational surrogacy: Psychosocial aspects. *Psychosocial Intervention*, 25, 187-193.
- Santos, T., & Ramos, M. (2010). *Esterilidade e procriação medicamente assistida*. Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Segers, S., Pennings, G. & Mertes, H. (2019). Getting what you desire: The normative significance of genetic relatedness in parent-child relationships. *Med Health Care and Philos*, 22, 487-495.
- Shenfield, F., Pennings, G., Cohen, J., Devroey, P., Wert, G. & Tarlatzis, B. (2005). ESHRE Task Force on Ethics and Law 10: Surrogacy. *Human Reproduction*, 20(10), 2705-2707.
- Soderstrom-Antilla, V., Wennerholm, U-L., Loft, A., ... & Bergh, C. (2016). Surrogacy: Outcomes for surrogate mothers, children, and the resulting families—a systematic review. *Human Reproduction Update*, 0(0), 1-17.
- Teman, E. (2008) The social construction of surrogacy research: An anthropological critique of the psychosocial scholarship on surrogate motherhood. *Social Science & Medicine*, 67, 1104-1112.
- van den Akker, O. (2003). Genetic and gestational surrogate mothers' experience of surrogacy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 21, 145-161.
- Van den Akker, O. (2007). Psychosocial aspects of surrogate motherhood. *Human Reproduction Update*, 13, 53-62.
- van den Akker, O. B. A. (2003). Genetic and gestational surrogate mothers' experience of surrogacy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 21(2), 145-161.
- van den Akker, O. B. A. (2007). Psychological trait and state characteristics, social support, and attitudes to the surrogate pregnancy and baby. *Human Reproduction*, 22, 2287-95.
- van den Akker, O. B. A. (2017). *Surrogate motherhood families*. Palgrave Macmillan.
- van den Akker, O. (2000). The importance of a genetic link in mothers commissioning a surrogate baby in the UK. *Human Reproduction*, 15, 1849-1855.
- World Health Organization (2023). *Infertility prevalence estimates, 1990-2021*. World Health Organization.
- Zurlo, M. C., Cattaneo D., M. F., & Vallone, F. (2020). Infertility-related stress and psychological health outcomes in infertile couples undergoing medical treatments: testing a multi-dimensional model. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 27, 662-676.

