Acta Bioethica 2024; 30(1): 31-40

GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO EM PORTUGAL: ORIENTAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Sofia Pinheiro[1], Miguel Ricou[2], Helena Pereira[3]

Resumo: Introdução: A aprovação na Assembleia da República, em dezembro de 2021, da lei aplicável à Gestação de Substituição, suscita a reflexão acerca dos aspetos práticos em que o regime se concretizará e das orientações necessárias para os profissionais de saúde envolvidos. Por esse motivo, foram definidos como objetivos: analisar um conjunto de recomendações para a prática clínica no âmbito da Gestação de Substituição em países com experiência no procedimento e promover uma discussão com peritos na área da Procriação Medicamente Assistida. Material e Métodos: Foi realizada uma análise documental das publicações e documentos oficiais sobre o tema que serviu de base para o estudo de desenho qualitativo baseado em grupos focais com diferentes profissionais —médicos e psicólogos— com experiência em Procriação Medicamente Assistida. A discussão foi concretizada através de sessões via Zoom®, realizadas separadamente com os dois grupos focais. Resultados: Na discussão os peritos fizeram as suas apreciações e propostas de melhoria em relação à versão inicial do documento resultante da análise documental. Conclusão: Obteve-se uma versão consolidada do conjunto de orientações para os profissionais de saúde com as dimensões a avaliar e acompanhar junto da gestante e parte beneficiária na Gestação de Substituição.

Palavras-chave: gestante de substituição, procriação medicamente assistida, avaliação, critérios médicos, intervenção psicológica, investigação qualitativa

Gestación subrogada en Portugal: directrices para la práctica clínica

Resumen: Introducción: La aprobación por el Parlamento portugués, en diciembre de 2021, de la ley aplicable a la Gestación Subrogada, plantea la reflexión sobre los aspectos prácticos en los que se implementará el esquema y las directrices necesarias para los profesionales de la salud involucrados. Por este motivo, se definieron los siguientes objetivos: analizar un conjunto de recomendaciones para la práctica clínica en el ámbito de la gestación subrogada en países con experiencia en el procedimiento y promover un debate con expertos en el campo de la Reproducción Médicamente Asistida. Material y Métodos: Se realizó un análisis documental de publicaciones y documentos oficiales sobre el tema, que sirvió de base para el estudio de diseño cualitativo basado en focus group con diferentes profesionales -médicos y psicólogos- con experiencia en Reproducción Médicamente Asistida. La discusión se realizó a través de sesiones via Zoom®, celebradas por separado con los dos focus group. Resultados: En la discusión, los expertos realizaron sus apreciaciones y propuestas de mejora respecto a la versión inicial del documento resultante del análisis documental. Conclusión: Se obtuvo una versión consolidada del conjunto de directrices para los profesionales de la salud con las dimensiones para evaluar y dar seguimiento a la madre sustituta y a los beneficiarios en la Gestación Subrogada.

Palabras clave: madres de alquiler, técnicas de reproducción asistida, evaluación, intervención psicológica, criterios de selección, investigación cualitativa

Surrogacy in Portugal: Guidelines for clinical practice

Abstract: Introduction: The approval by the Portuguese Parliament, in December 2021, of the law applicable to Surrogate Pregnancy, raises reflection on the practical aspects in which the scheme will be implemented and the necessary guidelines for health professionals involved. For this reason, the following objectives were defined: to analyze a set of recommendations for clinical practice in surrogacy in countries with experience in the procedure and to promote a discussion with experts in Medically Assisted Reproduction. Material and Methods: A documental analysis of publications and official documents on the theme was conducted. This served as a basis for the qualitative design study based on focus groups with different professionals —physicians, and psychologists— with experience in Medically Assisted Reproduction. The discussion was realized through sessions via Zoom®, held separately with the two focus groups. Results: In the debate, the experts made their appreciation and proposals for improvement concerning the initial version of the document resulting from the document analysis. Conclusion: A consolidated version of the set of guidelines for health professionals was obtained with the dimensions to evaluate and follow up with the surrogate and beneficiaries in Surrogacy.

Keywords: surrogate mothers, assisted reproductive techniques, assessment, psychological intervention, selection criteria, qualitative research

[1] Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, FMUP, Porto Portugal, https://orcid.org/0000-0003-2705-8803

[2] Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, FMUP, Porto, Portugal, mricou@med.up.pt, https://orcid.org/0000-0002-8190-9587

[3] Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, FMUP, Porto, Portugal, https://orcid.org/0000-0003-3892-3751

Introdução

A gestação de substituição constitui uma técnica de reprodução medicamente assistida em que uma mulher aceita engravidar em benefício de um indivíduo ou casal, considerado(s) perante a lei como o(s) pai(s) da criança nascida*(1)*.

Embora seja uma prática com uma história já longa em todo o mundo, sem assistência médica, o recurso atual por fertilização *in vitro* permite a criação de embriões a partir de gâmetas da parte progenitora, designados em Portugal de *beneficiário*[4]*, e a transferência subsequente para o útero da gestante de substituição(2)*. Esta técnica pressupõe que os embriões sejam formados com recurso a material genético da parte beneficiária, distinguindo-se da gestação de substituição do tipo tradicional, atualmente cada vez menos utilizada, em que a gestante é dadora do óvulo para inseminação artificial ou para conceção sem assistência médica*(1)*.

Em Portugal, a lei nº 90/2021 de 16 de dezembro*(3)* torna possível, a título excecional, a celebração de negócios jurídicos de gestação de substituição, do tipo gestacional (não genético), implicando por isso o recurso a gâmetas de pelo menos um dos beneficiários (caso seja um casal) e a impossibilidade de a gestante ser dadora de ovócito utilizado no procedimento em que é participante. A lei configura também a proibição de qualquer pagamento ou doação à gestante, exceto na referência a despesas decorrentes do acompanhamento de saúde. Proíbe, ainda, a celebração de contrato quando existir uma relação de subordinação económica, remetendo-se para uma gestação de substituição do tipo altruísta ou não comercial.

A lei n.º 17/2016, de 20 de junho*(4)*, procedeu ao alargamento dos beneficiários de técnicas de Procriação Medicamente Assistida (PMA), determinando que podem recorrer às técnicas de PMA os casais de sexo diferente ou os casais de mulheres, respetivamente casados ou casadas ou que vivam em condições análogas às dos cônjuges, bem como todas as mulheres independentemente do estado civil e da respetiva orientação sexual.

A gestação de substituição em Portugal, como técnica de Procriação Medicamente Assistida, é considerada como subsidiária à patologia, implicando "ausência de útero, de lesão ou de doença deste órgão ou outra situação clínica que impeça de forma absoluta e definitiva a gravidez". A gestação de substituição constitui, assim, um recurso importante, senão o único disponível, para mulheres solteiras e casais de mulheres ou casais heterossexuais com história de infertilidade terem filhos biológicos.

A lei prevê que o processo seja analisado e autorizado pelo Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA), com audição prévia das Ordens dos Médicos e dos Psicólogos, e implica a aceitação de condições previstas num contrato assinado entre a gestante de substituição e a designada parte beneficiária, revogável pela primeira até ao registo da criança e pela segunda até ao início dos procedimentos terapêuticos de PMA.

A prestação de cuidados de saúde em contexto de gestação de substituição envolve desafios únicos*(5)*. No processo estão envolvidas várias pessoas, cada uma com necessidades, expectativas e perspetivas diferentes*(6)*. O procedimento não está contemplado na maioria das publicações de referência de obstetrícia, constituindo, no entanto, uma prática emergente na medicina contemporânea e cuja complexidade os profissionais de saúde testam em cada caso*(7)*.

Os escassos estudos longitudinais publicados por países onde esta técnica é já uma realidade não sugerem resultados inferiores em termos de complicações obstétricas e perinatais*(5)*, impacto psicológico negativo a longo prazo na gestante ou no desenvolvimento psicológico infantil*(8,9)* em relação aos processos de gestação tradicional. Tendem, de uma forma transversal, a relevar a importância de um acompanhamento multidisciplinar ao longo deste processo sensível como forma de favorecer o melhor desfecho(*10,11*).

Todo o processo correrá de forma mais harmoniosa se as particularidades inerentes forem acautela-

[4] Apesar do termo *beneficiários*, utilizado na forma plural nas mais diversas referências (nomeadamente na legislação portuguesa), poder remeter para a noção de casal beneficiário, salvaguarda-se a acessibilidade da técnica para pessoas singulares, pelo que os autores consideram o termo *parte beneficiária* mais adequado.

das por legislação e diretrizes bem fundamentadas e ponderadas, com vista à proteção dos direitos da gestante de substituição, da parte beneficiária e da criança nascida*(12,13)*.

As especificidades médica e psicológica, ética, social e legal devem, pois, ser integradas nos modelos de avaliação e acompanhamento aos intervenientes. A literatura sugere que, apesar dos intervenientes serem devidamente informados sobre a maioria - mas não a totalidade - dos riscos associados aos procedimentos médicos, nem sempre são discutidas as eventuais consequências psicológicas do processo. Com efeito, num estudo que acompanhou 204 gestantes nos EUA, mais de um quarto relatou não ter recebido a devida informação sobre os riscos associados ao protocolo médico, sobre riscos psicológicos associados à vinculação com a criança e aos possíveis efeitos no relacionamento com o parceiro e com os seus próprios filhos, sobre os mecanismos de *coping* a adotar durante a gravidez, entre outros*(9)*.

As publicações na área sugerem repetidamente a necessidade de desenvolver orientações concretas para apoiar os profissionais que acompanham os intervenientes e a antecipar as suas necessidades e dificuldades.

Partindo da experiência publicada por países onde a gestação de substituição é já uma realidade estabelecida —nomeadamente países como Holanda, México, África do Sul, Reino Unido, entre outros —e refletindo com peritos portugueses da área da Procriação Medicamente Assistida, foi elaborado um conjunto de orientações e recomendações destinadas a Médicos e Psicólogos envolvidos no processo.

Estas orientações foram discutidas com grupos de profissionais de medicina e psicologia especialistas em PMA. Assim, o objetivo deste estudo é apresentar os resultados da análise das orientações e recomendações, considerando os contributos dos profissionais.

Material e métodos

Num primeiro momento, foi feita uma pesquisa das publicações internacionais que integravam orientações concretas para os profissionais de saúde no âmbito da gestação de substituição, quer por análise de estudos retrospetivos que apresentavam os procedimentos adotados em alguns centros de Procriação Medicamente Assistida, quer por sites oficiais com recomendações formais de comitês e departamentos de diferentes países. Esta pesquisa concretizou-se, pois, através de uma revisão da literatura e de uma análise documental, com recurso a bases de dados científicas como a EBSCO, PubMed, Science Direct, Web of Science, e sites internacionais oficiais, estes últimos acedidos através do motor de busca Google®.

As publicações reunidas permitiram a elaboração de uma primeira versão de orientações para a prática que serviu de base, num segundo momento, à discussão com peritos portugueses com experiência em PMA (Tabela 1). Num estudo de desenho qualitativo e transversal com recurso a grupos focais, foi solicitado a especialistas a crítica e adequação dos achados previamente encontrados e a discussão sobre outras eventuais dimensões a integrar numa avaliação e acompanhamento da gestante de substituição e parte beneficiária.

A discussão concretizou-se em duas reuniões com os grupos focais – uma delas com médicos especialistas em Ginecologia e Obstetrícia e outra com Psicólogos - realizadas online, via plataforma *Zoom®*. Os participantes foram formalmente convidados via *e-mail*, constituindo uma amostra não probabilística, e os formulários para o consentimento informado, incluindo a autorização para gravação das sessões, foram enviados e posteriormente rececionados via e-mail, devidamente assinados. Ainda previamente à realização das sessões, foram explicados os objetivos do projeto de investigação e do grupo focal, primeiramente por *e-mail* e seguidamente no início de cada sessão. Os grupos foram constituídos por pelo menos quatro elementos, de modo a cumprir o rigor metodológico exigido para a realização deste procedimento*(14,15)*.

As sessões foram conduzidas segundo a estrutura previamente estabelecida por um guião de entrevista semiestruturado, onde constavam questões aos participantes, orientadoras da discussão. Foram consideradas as orientações de Santhosh et al. (2021)*(16)* para adaptar os grupos focais ao formato online.

Cada sessão foi dinamizada por 2 moderadores com experiência em metodologia de investigação qualitativa. Em todas as sessões os moderadores procuraram reduzir as limitações de uma reunião *online* e minimizar potenciais fatores distratores. O tempo médio de cada sessão foi de cerca de duas horas.

Os dados obtidos em cada uma das sessões de grupos focais foram devidamente transcritos e as gravações destruídas logo de seguida. Para codificação dos participantes foram utilizados termos específicos para cada um dos grupos. Para o grupo de médicos: Med1; Med2; Med3; Med4. Para o grupo de psicólogos: Psi1; Psi2; Psi3; Psi4; Psi5. O conteúdo das sessões foi revisto de forma independente por dois investigadores e as discordâncias foram resolvidas em equipa. Este conteúdo, depois de devidamente organizado, foi devolvido aos participantes para validação e eventuais comentários.

Foram considerados em todos os procedimentos da investigação os princípios éticos da Declaração de Helsínquia de 1964 e respetivas alterações, bem como o Regulamento da União Europeia referente à proteção de dados pessoais. Foi assim obtido o consentimento escrito para a participação e a gravação das sessões e foi garantido o anonimato dos peritos. O pedido de aprovação do projeto teve parecer favorável por parte da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar do São João e da Faculdade de Medicina do Porto, com a referência CE-169-22.

Resultados

Das sessões com os grupos focais foram identificados os domínios que os peritos consideraram pertinentes abordar junto do(s) potencial(ais) beneficiário(s) e da gestante de substituição pelos profissionais de saúde. Estes domínios foram devidamente organizados e surgem apresentados na tabela 2.

Numa intervenção iniciada ainda antes da assinatura formal do contrato, importa considerar quais as indicações médicas que corroboram o recurso a esta técnica pela parte beneficiária, que condições da gestante de substituição serão recomendadas à partida, qual os limites de idades dos intervenientes, qual a avaliação física e laboratorial a ser realizada e quais os aspetos psicológicos a avaliar e acompanhar nos diferentes elementos.

Num primeiro momento, e numa nota inicial, o grupo focal constituído pelos Psicólogos comentou que a acessibilidade à gestação de substituição poderá agora ser equacionada para casais de homossexuais masculinos ou a homens, independentemente do estado civil e da respetiva orientação sexual, viabilizando o recurso a esta técnica de Procriação Medicamente Assistida por parte destes indivíduos, desde que com o recurso ao espermatozoide do (ou de um dos) beneficiário(s) e de ovócito de dadora.

Indicações para a parte beneficiária

O grupo de médicos considera que, para além da ausência congénita ou adquirida de útero, todas as situações clínicas que impeçam de forma absoluta e definitiva a gravidez, devem ser avaliadas caso-a-caso, em função da gravidade e impacto na saúde da mulher. Consideram que deve ser o médico que melhor conhece a situação de saúde da mulher ou mulheres em causa, e as razões clínicas que contraindicam uma gravidez, a disponibilizar a informação médica que poderá fundamentar o recurso à técnica. Esta deverá ser posteriormente analisada de forma independente e validada por uma comissão, sendo esta noção concretizada em Portugal pelas Ordens dos Médicos e dos Psicólogos e pelo CNPMA.

O grupo de médicos é da opinião que prever à partida quais as patologias que validam o recurso à gravidez de substituição - como apresentado na tabela 3 - pode ser redutor ou conduzir à banalização das indicações. Assim, não devem ser sugeridas nem especificadas em *guidelines* uma vez que, mais do que o diagnóstico estabelecido, importa a avaliação criteriosa e integradora por parte do clínico, promovendo uma ponderação casuística. A este respeito, M1 refere:

" (as indicações clínicas para a técnica) *devem ser analisadas caso a caso, de preferência com o apoio de uma comissão independente que apoie a elegibilidade. É impossível, à partida, lembrarmo-nos de todas as doenças e é preciso avaliar a gravidade da doença em causa. É um bocadinho o que se passa com o*

diagnóstico pré-implantatório em Portugal, em que as doenças genéticas vão sendo aprovadas, mas enquanto não são aprovadas nós temos de pedir parecer ao CNPMA para saber se pode ser feito determinado tratamento ou não. É preciso arranjar uma comissão que analise e que tenha os critérios mais ou menos definidos e homogéneos".

Indicações para a gestante de substituição

O grupo de psicólogos defendeu que a experiência anterior de gravidez e a consideração da mulher acerca da conclusão do seu projeto parental são condições centrais que devem ser garantidas para a elegibilidade da candidata, não devendo por isso, constituir critérios preferenciais ou prescindíveis em alguma circunstância. O grupo de médicos conciliou que o facto de a história de gravidez anterior ter sido de termo e de baixo risco pode potencialmente constituir um elemento preditor de uma gravidez futura não complicada.

Idade

Ao grupo de médicos pareceu lícito assumir que o limite superior de idade da parte beneficiária para o recurso à gestação de substituição seja a prevista para as restantes técnicas de PMA. Reiterou, pois, que a idade máxima para a gestante de substituição possa ser a que consta na deliberação nº21-II/2017, de 24 de novembro do CNPMA*(17)* - menos de 45 anos, salvo se se tratar de mãe ou irmã de algum dos membros do casal beneficiário, caso em que o referido limite será de menos de 50 anos - nomeadamente pelas razões apresentadas nesta deliberação. Já o grupo de psicólogos referiu que o limite superior de idade da gestante poderia eventualmente ser alargado, tendo em conta que não está em causa a qualidade ovocitária e considerando sobretudo a gestação de substituição intrafamiliar, com as mães da parte beneficiária como candidatas a gestante com, tendencialmente, idades já superiores. No entanto, um dos peritos (P3) fez notar:

"A questão *da gestação familiar, mais do que ter a ver com a questão da idade ou do arrependimento, tem a ver com o facto de não haver pagamento. É pelo facto de não se poder pagar à gestante que elas têm de recorrer à sua família. Mas este é outro assunto. Mas em relação à idade, nomeadamente da gestante, eu acho muito difícil que a regra seja muito diferente da que existe para a regra da PMA.* (...) *E já agora, isto é um limite que existe para as mulheres, mas não existe para os homens*".

Um outro elemento (P2) acrescentou ainda:

"*E isto tudo começou sobretudo com aquelas situações em que já se sabe desde muito cedo que as mulheres não iriam ter a capacidade de gestar. E não estamos a falar daquela mulher que adiou até aos 40 e que não consegue engravidar e agora a mãe tem 65. Por isso, o limite de 50 anos parece-me razoável".*

No que diz respeito à idade a partir da qual uma mulher poderá ser gestante de substituição, analisando os limites praticados em diferentes países, o grupo conciliou que, mais do que definir a maioridade como critério à elegibilidade, deverá esta última depender sobretudo da avaliação levada a cabo, nomeadamente, em termos de motivação da candidata.

Avaliação/intervenção prévia e acompanhamento psicológicos

Os grupos entenderam que é importante a realização de uma avaliação e uma intervenção prévias à assinatura do contrato de gestação de substituição, cumprindo aliás com o pressuposto da lei. Nesta avaliação/intervenção prévias pretende-se aferir as condições psicológicas básicas de saúde mental, motivação e expectativas associadas à realização do processo, procedendo-se a sessões de educação psicológica deliberada no sentido de promover a literacia dos participantes em relação a todas as dimensões associadas ao processo.

O grupo de Psicólogos destacou o benefício de esta ser levada a cabo por profissionais com experiência em reprodução medicamente assistida e, nomeadamente, um profissional diferente para a gestante de substituição e para a parte beneficiária. Realçou também a necessidade de, partindo de uma avaliação bem estruturada, garantir um acompanhamento *à posteriori* suficientemente flexível para integrar a duração e regularidade que o(s) binómio(s) clínico-gestante/parte beneficiária considerar(em) necessárias - podendo integrar sessões conjuntas com os vários intervenientes, incluindo filhos e cônjuge da gestante. Salien-

taram ainda que esse *continuum* proporcionado entre avaliação e intervenção deve ser potenciado pela possibilidade de serem os mesmos profissionais a acompanhar a gestante e o(s) beneficiário(s) ao longo de todo o tempo. Por último, reforçaram a vantagem de existir um modelo de contrato celebrado entre as partes que seja suficientemente detalhado para garantir, por um lado, a abordagem dos aspetos mais relevantes ao processo e, por outro, a constância e uniformidade do procedimento nos diferentes centros:

"*Para além de um contrato bem redigido, se tudo for bem discutido e trabalhado antecipadamente, as pessoas já estarão preparadas. O erro aqui seria fazer um contrato vago ou um contrato que depois não é discutido*", refere P2.

Foram, pois, unânimes ao referir que uma avaliação/intervenção prévia completa e bem estruturada pode contribuir para antecipar eventuais dissidências e servirá de ponto de partida e base ao acompanhamento ulterior.

Avaliação física e laboratorial

Relativamente à avaliação do estado de saúde física e análise laboratorial, para além da adequação acerca de quais os parâmetros a incluir no exame físico e analítico da parte beneficiária e da gestante de substituição, o grupo de médicos considerou a pertinência de, à semelhança do que acontece em caso de doação de ovócitos, contemplar um período de "quarentena" - no caso, de 180 dias - entre a colheita de ovócitos e/ou esperma da parte beneficiária e a sua utilização, com a repetição dos testes para as infeções rastreadas:

" (...) *uma gestante que não tem nada a ver com aquele homem, se for infetada através de um esperma que não foi devidamente tratado ou não esteve em quarentena, está a sofrer um risco...por isso é que, de alguma forma, poderia fazer sentido que o elemento masculino de um casal que vai doar um esperma para um tratamento de gestação de substituição se submeta aos mesmos critérios que se submete um dador de esperma*", refere M3.

Os especialistas consideraram que, tendo em conta que os gâmetas serão, com maioria de razão, criopreservados e usados num momento posterior, a quarentena não subordinará a hipótese de sucesso do procedimento. Em caso de resultado positivo para HIV, Hepatite B e C e VDRL, os peritos consideraram que a gestante deve ser informada dos resultados e deve ser feita lavagem do esperma e ICSI, transfazendo eventuais riscos associados. Em caso de resultado positivo para, nomeadamente, *Chlamydia Trachomatis*, *Cytomegalovirus*, *Trypanosoma Cruzi* ou *Plasmodium*, os peritos consideram que a parte beneficiária deve ser sujeita a tratamento e titulação até critérios de cura antes da colheita de gâmetas.

Por último, e em contraste ao que acontece em Portugal para as outras técnicas de PMA, o grupo considerou que a validade dos testes para estes marcadores biológicos deva ser consideravelmente inferior aos 12 meses, admitindo os limites propostos nos EUA[1] onde os testes laboratoriais devem ser realizados nos 30 dias anteriores à colheita de ovócitos e nos 7 dias anteriores à colheita de esperma.

Discussão

Em Portugal, a regulação do acesso à gestação de substituição - pela Lei n.º 90/2021, de 16 de dezembro*(3)* que constitui a oitava alteração à Lei nº 32/2006, de 26 de julho que regula a PMA - assume caráter subsidiário, sendo admissível apenas excecionalmente "nos casos de ausência de útero, de lesão ou de doença deste órgão ou outra situação clínica que impeça de forma absoluta e definitiva a gravidez da mulher". A lei integra o acesso a casais heterossexuais e casais de mulheres, bem como a todas as mulheres independentemente do estado civil e da respetiva orientação sexual, desde que com recurso a gâmetas da beneficiária. Ora, se até então os demais métodos de PMA não permitiam, biologicamente, reconhecer o direito a constituir família através da procriação a homens solteiros ou aos casais homossexuais masculinos, o mesmo não acontece relativamente à gestação de substituição. Desta forma, e à luz do princípio da igualdade previsto no artigo 13.º da Constituição da República Portuguesa, o recurso à gestação de substituição nos termos atuais poderá ser considerado discriminatório para as pessoas do sexo masculino. Contudo, entende-se que a intenção do legislador possa não ter sido a de promover qualquer tipo de discriminação, vista a

aceitação da aplicação das técnicas a mulheres e casais homossexuais femininos, mas tão só a da salvaguarda da especial complexidade do processo da gestação de substituição, tornando o acesso à técnica subsidiária à existência de patologia uterina que condicione a gravidez. Não obstante, deve agora ser ponderada a revisão das circunstâncias de acesso.

O presente regime jurídico refere que "a gestante de substituição deve ser, preferencialmente, uma mulher que já tenha sido mãe, sem prejuízo das concretas circunstâncias do caso o poderem impedir", ainda que esteja omisso no que às exceções possíveis diz respeito. É de realçar que, à semelhança do que foi referido nos grupos focais, todas as publicações*(1,2,18-24)* internacionais encontradas referem a presença de gravidez anterior como critério absoluto, realçando a necessidade da potencial gestante considerar o seu projeto pessoal de maternidade concluído. Parece-nos, portanto, consensual que a existência de uma gravidez prévia não deva ser critério potencialmente dispensável, não se vislumbrando as motivações do legislador neste sentido. A ausência de uma primeira gravidez pode dificultar a validade do consentimento pela gestante. Uma gravidez pode despoletar estados emocionais incertos que poderão impactar negativamente a mulher. Ter vivido a experiência e considerar já o seu projeto parental concluído poderá diminuir a imprevisibilidade associada e a probabilidade de dificuldades futuras, nomeadamente com prejuízos para a gestante associados à entrega da criança. No limite, e considerando que a lei prevê o direito ao arrependimento, poderia até contribuir para a recusa da entrega da criança à parte beneficiária.

Relativamente às idades dos diferentes intervenientes, as publicações consultadas não são consensuais nos limites de idade sugeridos, quer na idade mínima exigível à gestante de substituição, quer na idade máxima desta última ou da parte beneficiária*(2,19,21)*. Os peritos que integraram este trabalho distanciaram-se das orientações bibliográficas apresentadas, definindo que a maioridade da gestante não deveria ser condição para prescindir da avaliação da sua maturidade e motivações, e que os limites de idade máximos deveriam ser os que constam da deliberação nº21-II/2017, de 24 de novembro do CNPMA(17). O CNPMA propõe que 44 anos e 364 dias seja a idade máxima da gestante, por considerar que a pessoa mais altruísta do contrato não deve ser sujeita a riscos não razoáveis para a sua saúde decorrentes de uma gravidez em idade mais avançada. Assim, distingue a situação de grávidas que pretendem ser mães e grávidas que o são na condição de gestante de substituição, salvaguardando especiais circunstâncias sociais e afetivas, nomeadamente laços familiares existentes, em que a idade limite da gestante se equipara à idade limite para o recurso a qualquer técnica de PMA: 49 anos e 364 dias. Nestas circunstâncias, refere a deliberação, a menor amplitude da proteção da saúde da gestante justifica-se à luz de outros valores dignos de tutela, tal como a proteção da família.

Tal como sugerido na literatura, todos os peritos concordaram que o acompanhamento psicológico dos intervenientes deve iniciar-se ainda antes da conceção e manter-se durante a gravidez e no pós-parto. Este acompanhamento deve estar disponível, não só para a gestante e parte beneficiária, mas igualmente para o marido e filhos da gestante*(25)*. As publicações propõem um modelo de acompanhamento psicológico que apoie estas famílias a longo prazo, especificamente na forma como elucidar a criança acerca das suas origens e sobre o processo de conceção*(26)*. De facto, o grupo focal reitera a importância da educação psicológica deliberada das pessoas envolvidas e da avaliação da gestante e da parte beneficiária, prévias à assinatura do contrato e da proposta de acompanhamento de todas as partes ao longo de todo o processo, incluindo o/a companheiro/a e filhos da gestante, caso seja essa a vontade dos mesmos. De referir que não foi encontrado nas publicações —e não foi de resto referido pelos peritos neste estudo— a pertinência e os moldes do acompanhamento disponibilizado também aos filhos da parte beneficiária, na eventualidade destes existirem.

Alguns estudos destacam os efeitos positivos do contacto da gestante com a criança ao longo do tempo, independentemente de pertencer ou não à família direta*(27)*. Este contato promove uma dimensão de naturalidade ao processo, que passará antes de mais por uma comunicação justa e adequada à criança acerca da sua forma de conceção, evitando que esta fantasie sobre a sua própria

gestante e gestação*(10)*. Contudo, não são referidas as condições e frequência desses contactos entre as partes, pelo que foi defendido que este deve ser um tema abordado durante o processo de gestação, embora a decisão deva sempre pertencer aos intervenientes e seja casuística.

Relativamente ao protocolo laboratorial, a re-testagem da parte beneficiária, à semelhança do que acontece para os dadores de gâmetas, poderá implicar a criopreservação dos embriões. Esta condição é sugerida nas recomendações da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva, em que é recomendada a repetição do rastreio infecioso após um período de quarentena não inferior a 35 dias*(18,28)*. A transferência de embriões terá lugar apenas em caso de testes confirmatórios negativos, como forma de prevenção de infeção cruzada num eventual período de janela de soroconversão.

Este estudo deve ser olhado à luz das suas limitações. Com efeito, são escassas as publicações internacionais na área. As existentes*(29,30)* parecem sugerir resultados favoráveis em termos de *outcomes* obstétricos e neonatais, psicológicos e desenvolvimentais para os diferentes elementos envolvidos - gestante, parte beneficiária, criança - mas serão necessários mais estudos longitudinais que acompanhem a longo prazo estas famílias.

Conclusão

A gestação de substituição será uma realidade em Portugal. Para além de uma prática inédita no nosso país, trata-se de um processo complexo, com vários meses de evolução e diferentes intervenientes, cuja melhor vivência e resultado esperado se quer absolutamente garantir. A especial complexidade da gestação de substituição prende-se, desde logo, na questão difícil do consentimento por parte da gestante. Se a gestação comercial seria altamente questionável do ponto de vista da validade do consentimento, uma vez que colocaria em evidência a especial vulnerabilidade das pessoas com maiores dificuldades económicas, não sendo esta possível, coloca-se o problema associado à potencial existência de laços afetivos entre as partes, o que pode também dificultar esse mesmo consentimento, uma vez que a recusa em participar poderá resultar em impactos emocionais significativos para as pessoas envolvidas. Outra questão muito sensível está relacionada com as expectativas e comportamentos dos intervenientes ao longo da gravidez, por definição um período exigente do ponto de vista fisiológico e emocional. Existem ainda, os problemas potenciais associados à retirada da criança da gestante e a entrega à parte beneficiária, considerando as questões de vinculação e todas as relacionadas com a gestão da informação com a criança e o tipo de relação com a gestante, sobretudo se for um elemento do contexto familiar. Não pode ser ainda esquecida a possibilidade de recusa da entrega da criança nascida, o que colocaria questões muito difíceis de resolver.

São, pois, imprescindíveis orientações fundamentadas e claras aos profissionais de saúde envolvidos, suficientemente enquadradas de forma a validar, por um lado, a uniformização do procedimento em diferentes centros e, por outro, a autonomia e adequação dos clínicos perante cada caso. Desta forma, este estudo mostra-se relevante pois fornece um conjunto de orientações, não só fundamentadas na literatura, como também refletidas por um grupo de especialistas em PMA em Portugal.

Referente ao manuscrito, declara-se a inexistência de conflitos de interesse de ordem pessoal, comercial, académico, político ou financeiro.

Considerações éticas: Foram considerados em todos os procedimentos da investigação os princípios éticos da Declaração de Helsínquia de 1964 e respetivas alterações, bem como o Regulamento da União Europeia referente à proteção de dados pessoais.

Referências

1. Yee S, Hemalal S, Librach CL. "Not my child to give away": A qualitative analysis of gestational surrogates' experiences. *Women Birth*. 2020; 33(3): e256-e65.
2. Brinsden PR. Gestational surrogacy. *Hum Reprod Update*. 2003; 9(5): 483-91.
3. Lei nº 90/2021 de 16 de dezembro.
4. República Ad. Lei n.º 17/2016, de 20 de junho.
5. Reilly DR. Surrogate pregnancy: a guide for Canadian prenatal health care providers. *CMAJ* 2007; 176(4): 483-5.
6. Aluas M. *Clinical Ethics At the Crossroads of Genetic and Reproductive Technologies. Ethical Issues Raised by Multiparents*. 2018: 81-97.
7. Burrell C, Edozien LC. Surrogacy in modern obstetric practice. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2014; 19(5): 272-8.
8. Greenfeld DA. Effects and outcomes of third-party reproduction: parents. *Fertil Steril*. 2015; 104(3): 520-4.
9. Fuchs EL, Berenson AB. Screening of gestational carriers in the United States. *Fertil Steril.* 2016; 106(6): 1496-502.
10. Blyth E, Thorn P, Wischmann T. CBRC and psychosocial counselling: assessing needs and developing an ethical framework for practice. *Reprod Biomed Online*. 2011; 23(5): 642-51.
11. Soderstrom-Anttila V, Blomqvist T, Foudila T, Hippelainen M, Kurunmaki H, Siegberg R, et al. Experience of in vitro fertilization surrogacy in Finland. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2002; 81(8): 747-52.
12. Sylkina SM, Mynbatyrova NK, Umbetbayeva ZB, Shulanbekova GK, Baitukayeva DU. Surrogacy: An international comparative analysis of the fundamental legislative principles of Ukraine. *Med Sci Law*. 2020; 60(1): 37-44.
13. Patel NH, Jadeja YD, Bhadarka HK, Patel MN, Patel NH, Sodagar NR. Insight into Different Aspects of Surrogacy Practices. *J Hum Reprod Sci*. 2018; 11(3): 212-8.
14. Fern EF. The Use of Focus Groups for Idea Generation: The Effects of Group Size, Acquaintanceship, and Moderator on Response Quantity and Quality. *Journal of Marketing Research.* 1982; 19: 1-13.
15. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007; 19(6): 349-57.
16. Santhosh L, Rojas JC, Lyons PG. Zooming into Focus Groups: Strategies for Qualitative Research in the Era of Social Distancing. *ATS Sch*. 2021; 2(2): 176-84.
17. CNPMA. *Deliberação* nº21-II/2017, de 24 de novembro do CNPMA 2017.
18. Practice Committee of the American Society for Reproductive M, Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology. Electronic address Aao, Practice Committee of the American Society for Reproductive M, Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive T. Recommendations for practices utilizing gestational carriers: a committee opinion. *Fertil Steril*. 2017; 107(2): e3-e10.
19. Cabra R, Alduncin A, Cabra JR, Ek LH, Briceno M, Mendoza PB. Gestational surrogacy. Medical, psychological and legal aspects: 9 years of experience in Mexico. *Hum Reprod Open.* 2018; 2018(1): hox029.
20. Dar S, Lazer T, Swanson S, Silverman J, Wasser C, Moskovtsev SI, et al. Assisted reproduction involving gestational surrogacy: an analysis of the medical, psychosocial and legal issues: experience from a large surrogacy program. *Hum Reprod*. 2015; 30(2): 345-52.
21. Health NYSDo. *Clinical Guidelines for Assisted Reproductive Technology Service Providers for Screening of Gestational Surrogates*. 2021. p. 1-5.
22. W TD. Criteria for assessing the suitability of intended surrogate mothers in South Africa. *South African Journal of Bioethics and Law*. 2019; 12: 61-6.
23. Peters HE, Schats R, Verhoeven MO, Mijatovic V, de Groot CJM, Sandberg JL, et al. Gestational surrogacy: results of 10 years of experience in the Netherlands. *Reprod Biomed Online*. 2018; 37(6): 725-31.
24. Rumpik D, Rumpikova T, Pohanka M, Ventruba P, Belaskova S. Gestational surrogacy in the Czech Republic. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub.* 2019; 163(2): 155-60.
25. Riddle MP. Psychological assessment of gestational carrier candidates: current approaches, challenges, and future considerations. *Fertil Steril*. 2020; 113(5): 897-902.
26. Jadva V, Blake L, Casey P, Golombok S. Surrogacy families 10 years on: relationship with the surrogate, decisions over disclosure and children's understanding of their surrogacy origins. *Hum Reprod.* 2012; 27(10): 3008-14.
27. Imrie S, Jadva V. The long-term experiences of surrogates: relationships and contact with surrogacy families in genetic and gestational surrogacy arrangements. *Reprod Biomed Online.* 2014; 29(4): 424-35.

28. Practice Committee of the American Society for Reproductive M, Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology. Electronic address aao. Recommendations for practices using gestational carriers: a committee opinion. *Fertil Steril*. 2022; 118(1): 65-74.
29. Soderstrom-Anttila V, Wennerholm UB, Loft A, Pinborg A, Aittomaki K, Romundstad LB, et al. Surrogacy: outcomes for surrogate mothers, children and the resulting families-a systematic review. *Hum Reprod Update.* 2016; 22(2): 260-76.
30. Golombok S, Readings, J., Blake, L., Casey, P., Marks, A., & Jadva, V. . Families created through surrogacy: mother-child relationships and children's psychological adjustment at age 7. *Developmental psychology*. 2011; 47: 1579-88.

Received: 13 June 2023
Accepted: 23 June 2023