



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO
DO GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

RUTE NASCIMENTO MARQUES

MATERNIDADE DE SUBSTITUIÇÃO

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE ÉTICA

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:
PROFESSOR DOUTOR DUARTE NUNO PESSOA VIEIRA
DRA. ISABEL MARGARIDA DE FIGUEIREDO SILVESTRE RÊGO
CANHA**

JANEIRO DE 2012

Agradecimentos:

Ao meu Orientador, Professor Doutor Duarte Nuno, por me ter acolhido e integrado no mundo desta área científica que é a Ética.

À minha co-orientadora, Dra. Margarida Silvestre, por me ter apoiado na escolha deste fascinante tema, pela total disponibilidade, pelo conhecimento transmitido e pelos sábios conselhos.

À Joana Matias, pelo generoso contributo na tradução de qualidade.

À minha irmã, pela revisão ortográfica e pela presença constante e insubstituível.

Ao João, aos meus pais e amigos, pelo apoio incondicional sem o qual esta luta não seria possível.

Índice

Abstract.....	5
Key Words.....	6
Resumo.....	7
Palavras-chave.....	8
Introdução.....	9
Definição de Maternidade de Substituição.....	10
Os Princípios Éticos na Procriação Medicamente Assistida.....	12
A) PRINCÍPIO DA BENEFICÊNCIA E NÃO-MALEFICÊNCIA.....	12
B) PRINCÍPIO DA AUTONOMIA.....	12
C) PRINCÍPIO DA JUSTIÇA.....	14
Direitos das Mulheres.....	15
O Contrato.....	16
A) CONTEÚDO.....	16
B) VALIDADE.....	17
C) COMERCIAL VS. ALTRUÍSTA: A EXPLORAÇÃO DAS CLASSES DESFAVORECIDAS.....	19
D) TURISMO REPRODUTIVO.....	21
O Casal Contratante.....	23
a) MOTIVAÇÕES.....	23
B) CONSEQUÊNCIAS.....	24
A Mãe de Substituição.....	26
A) MOTIVAÇÕES.....	26

B) PERFIL	26
C) COMPORTAMENTOS AO LONGO DA GRAVIDEZ	27
D) CONSEQUÊNCIAS	29
1. Psicológicas	29
2. Médicas.....	30
3. Familiares.....	31
A Criança	33
A) DIREITOS	33
B) CONSEQUÊNCIAS	34
C) MATERNIDADE DE SUBSTITUIÇÃO VS. ADOÇÃO	34
D) A REVELAÇÃO	35
A Moral da Sociedade.....	37
A) CONCEITO DE FAMÍLIA.....	37
B) A ACEITAÇÃO SOCIAL.....	37
C) MERCADO DE BEBÉS.....	39
Casos Especiais	41
A) MATERNIDADE DE SUBSTITUIÇÃO INTRAFAMILIAR	41
B) CASAIS HOMOSSEXUAIS OU INDIVÍDUOS SINGULARES.....	42
C) A CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA.....	43
Discussão.....	44
Conclusões	48
Referências Bibliográficas:	50

Abstract

Surrogate mother is the one who is pregnant due to Medically Assisted Procreation techniques, with the aim of delivering the baby to a contracting couple, renouncing to all parental rights. According with subtypes, the surrogate mother may, or may not, have a genetic bond with the child.

This paper intends to revise the surrogate mother issues, approaching various points of view on this theme that can be grouped in three major spheres: the ethical, the legal and the social/family aspects.

This work was developed under the Ethic scientific area and starts by analyzing the Ethical Principles implied in Medically Assisted Procreation, as well as the Women's Rights, that may be evoked in this discussion. The legal approach is carried out in the terms of a Surrogacy agreement, currently null and punishable under the Portuguese law, namely in the foreseen clauses and the legal scenery in many countries. The controversy stresses in the form of the agreement – free or onerous. The potential exploitation of economically disadvantaged women seems to be highlighted by the emerging “reproductive tourism”, since the prohibition does not seem to prevent the quest and the achievement of Surrogacy agreements.

In the social and family sphere, we intend to understand the motivations of both parties – contracting couple and surrogate mother – as well as a wide range of possible problems. Surrogate mothers are at risk of suffering psychological damages when the baby is handed out, although most women describe Surrogacy as a positive experience. In addition, these women seem to undergo possible medical and family complications. The child is the most important link of this process, as his/her interests are above all of the other elements'. Among the fear of the violation of fundamental rights and the comparison with the adoption process, there are referred the consequences that may result from a Surrogacy agreement. Social acceptance and the redefinition of family concepts still constitute a challenge in

Surrogacy, regardless of the persisting problem of the appearance of a “baby market”. Finally, there are referred special cases of this reproductive modality, which include intrafamily agreements, with homosexual couples or individuals, as well as the birth of a handicapped child.

This new reproductive modality, currently under discussion by the Portuguese parliament, demands deep and attentive social and cultural thought, based on the study of Ethical Principles.

Key Words

Surrogacy/ Medically Assisted Procreation/ Infertility/ Motivations/ Consequences/
Contract/ Ethics/ Rights

Resumo

Mãe de Substituição é aquela que engravida com recurso a técnicas de Procriação Medicamente Assistida, com o intuito de entregar o bebé a um casal contratante, renunciando a todos os direitos parentais. De acordo com os subtipos, a mãe de substituição pode, ou não, possuir um vínculo genético com a criança.

Este trabalho pretende fazer uma revisão sobre Maternidade de Substituição, abordando os diferentes ângulos deste tema, que se podem agrupar em três grandes esferas: os aspetos éticos, legais e sócio-familiares.

Este trabalho, desenvolvido na área científica de Ética, começa por analisar os Princípios Éticos implicados na Procriação Medicamente Assistida, assim como os Direitos das Mulheres, que poderão ser invocados nesta discussão. A abordagem legal é feita nos termos do contrato de Maternidade de Substituição, atualmente nulo e punível pela lei Portuguesa, nomeadamente nas cláusulas previstas e o panorama legislativo nos diversos países. A controvérsia acentua-se quanto às modalidades do contrato – gratuito ou oneroso. A possibilidade de exploração de mulheres economicamente desfavorecidas parece acentuar-se com o aparecimento do “turismo reprodutivo”, uma vez que a proibição parece não impedir a procura e concretização de contratos de Maternidade de Substituição.

Já na esfera sócio-familiar, pretende-se compreender as motivações de ambas as partes – casal contratante e mãe de substituição –, assim como toda uma panóplia de possíveis complicações. As mães de substituição estão em risco de sofrer danos psicológicos aquando da entrega do bebé, apesar da maioria descrever a Maternidade de Substituição como uma experiência positiva. Para além disso, estas mulheres parecem estar ainda sujeitas a possíveis complicações médicas e familiares. A criança constitui o elo mais importante deste processo, pois os seus interesses sobrepõem-se aos dos outros elementos. Entre o receio da violação dos seus direitos fundamentais e a comparação com o processo adotivo, são referidas as

consequências que podem resultar de um contrato de Maternidade de Substituição. A aceitação social e a redefinição dos conceitos familiares constituem ainda um desafio na Maternidade de Substituição, apesar de se manter a problemática quanto à possível criação de um “mercado de bebés”. Por fim, são ainda referidos casos especiais nesta modalidade reprodutiva, que incluem os contratos intrafamiliares, com casais homossexuais ou indivíduos singulares, assim como o nascimento de uma criança com deficiência.

Esta nova modalidade reprodutiva, que se encontra atualmente em discussão parlamentar em Portugal, exige uma reflexão sócio-cultural profunda e atenta, com base no estudo dos Princípios Éticos.

Palavras-chave

Maternidade de Substituição/ Procriação Medicamente Assistida/ Infertilidade/
Motivações/ Consequências/ Contrato/ Ética/ Direitos

Introdução

Este trabalho surge de um interesse pessoal na área da Procriação Medicamente Assistida, particularmente no que concerne à reflexão ética associada a temáticas tão polêmicas quanto a Maternidade de Substituição.

Da bibliografia já publicada neste âmbito, a grande maioria dedica-se ao estudo de uma preocupação ou complicação específica, ou ao ponto de vista de apenas uma das partes. A discussão é habitualmente feita com base na opinião pessoal do(s) autor(es), defendendo ou contrapondo esta modalidade de reprodução.

Neste contexto, o objetivo deste trabalho é mostrar todos os ângulos da acesa discussão sobre Maternidade de Substituição, do ponto de vista das mães de substituição, dos pais contratantes, da criança, da sociedade, assim como o enquadramento em termos de Princípios Éticos e Legais.

Definição de Maternidade de Substituição

A Maternidade de Substituição diz respeito a um acordo ou contrato, no qual uma mulher gera um filho com o intuito de o entregar a um casal ou pessoa singular após o seu nascimento, renunciando a todos os direitos próprios da maternidade. Por questões de simplificação, neste trabalho é designado quem contrata, independentemente do gênero ou número, por *casal contratante*.

A gravidez em causa resulta da utilização de técnicas de Procriação Medicamente Assistida (PMA) e pode classificar-se de acordo com três critérios, segundo Wert *et al.* (2010): o grau familiar entre a mulher grávida e a pessoa que é ajudada (caso se trate de um casal, entenda-se como o elemento infértil); a natureza da relação entre os dadores dos gametas que serão conjugados (consanguínea ou não); e a terceira e mais vulgarmente utilizada, a classificação de acordo com o material genético. No caso concreto da Maternidade de Substituição esta terceira classificação subdivide-se em duas grandes modalidades:

- a) Maternidade de Substituição Tradicional, Genética ou Completa, cuja gravidez resulta da inseminação artificial da mãe de substituição que fornece os ovócitos;
- b) Maternidade de Substituição Gestacional ou Parcial, na qual a mãe de substituição não tem qualquer ligação genética com o embrião, uma vez que os gametas são obtidos a partir de um ou ambos os elementos do casal contratante, ou através de doação. Após fertilização *in vitro* procede-se então à transferência de um ou mais embriões para o útero da mãe de substituição.



Figura 1. As nove combinações genéticas teoricamente possíveis na Maternidade de Substituição. Adaptado de van den Akker (2007a).

Até à data em que surgiu a fertilização *in vitro*, a mãe genética teria de ser obrigatoriamente a mãe gestacional. O conceito social de “Mãe” é empiricamente transmitido no seio de uma cultura, enquanto que relativamente ao conceito legal, segundo Raposo (2005), o Código Civil português estabelece, no Art.º. 1796.º/1, que “mãe é aquela que dá à luz”. Assim, a Maternidade de Substituição vem contestar este conceito, despersonalizando a figura materna. A definição anterior torna-se então extremamente redutora, quando confrontada com a sociedade atual, que participa em processos de adoção e na qual existem técnicas de PMA, que abrem as portas a novas formas de engravidar e gerar um filho. Esta definição retira ainda todos os direitos legais à mãe contratante, inclusive quando é ela a dadora de ovócitos.

Os Princípios Éticos na Procriação Medicamente Assistida

a) PRINCÍPIO DA BENEFICÊNCIA E NÃO-MALEFICÊNCIA

A PMA no sentido de criar alternativas no tratamento da infertilidade, vai de acordo com o Princípio Ético da Beneficência. Contudo, para que este princípio se aplique, é necessário que os benefícios resultantes sejam superiores aos riscos e encargos, pois se o ratio benefícios/prejuízos for negativo, estará a ser violado o Princípio da Não-Maleficência. Pelo contrário, os tratamentos cujos benefícios superam os riscos são moralmente aceites. É importante lembrar que nesta área, os princípios aplicam-se da mesma forma à criança que resultará da técnica, aspeto que terá de ser equacionado na prática médica (Dondrop *et al.*, 2010).

b) PRINCÍPIO DA AUTONOMIA

Em PMA temos sempre um conjunto de autonomias: de um lado um casal e não apenas um doente, do outro o médico; na maternidade de substituição, temos ainda a autonomia da mulher gestante.

Pela assunção do princípio da autonomia, o paciente tem a liberdade de optar por um certo tratamento, desde que este seja efetivo, mesmo que acarrete maiores riscos que o tratamento proposto inicialmente pelo médico. Este princípio vem contra a atitude “paternalista” do médico, na qual este assume uma postura diretiva na tomada de decisões, de acordo com os melhores interesses do paciente.

O respeito pela autonomia do paciente não deverá pôr em causa a qualidade dos serviços de saúde prestados; no entanto, terá que ser equilibrado com os interesses da criança. Esta não deve de modo algum ser ameaçada ou prejudicada pelas opções reprodutivas dos seus pais ou pela sociedade, nomeadamente quando estas técnicas são suportadas pelo serviço público (Dondrop *et al.*, 2010).

No entanto, o direito à Autonomia é por vezes invocado, mesmo na ausência de infertilidade do casal, como um direito – o direito de ter um filho. Alegar o Princípio da Autonomia desta forma, segundo Patrão-Neves (2005), afasta as técnicas de PMA do casal que sofre de infertilidade, tornando-se estes – candidatos a pais – o foco de atenção enquanto sujeitos dotados de vontade própria e livres. Reconhecer a reprodução como um direito seria utilizar um filho como um objeto, não sendo legalmente aceite em qualquer legislação.

Do ponto de vista da mãe de substituição, a sua autonomia deverá também ser respeitada em qualquer fase do processo, inclusive na tomada de decisões sobre a gravidez que entrem em conflito com os pais contratantes (*International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Committee Report*, 2008).

Há ainda que salientar a perspetiva do profissional de saúde no exercício da sua profissão, que é técnica e deontologicamente independente e responsável pelos seus atos. Na possibilidade legal do médico poder realizar técnicas de PMA, no âmbito de um contrato de Maternidade de Substituição, a sua autonomia também deverá ser respeitada. Assim, segundo o Art. 32.º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos, “o médico só deve tomar decisões ditadas pela ciência e pela sua consciência”. Para além disso, diz o Art. 37.º: “O médico tem o direito de recusar a prática de acto da sua profissão quando tal prática entre em conflito com a sua consciência, ofendendo os seus princípios éticos, morais, religiosos, filosóficos ou humanitários.

Apesar das obrigações do médico variarem consoante o seu envolvimento no contrato de Maternidade de Substituição, em todos os casos existe uma responsabilidade de rever as questões médicas, éticas, legais e psicológicas desta modalidade reprodutiva (*The American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Committee Opinion*, 2008). Em suma, se um médico decide colaborar num contrato de Maternidade de Substituição, tem o dever de: informar todas as partes acerca dos riscos médicos, sociais, psicológicos, emocionais, morais

e legais envolvidos; certificar-se que todos os elementos compreendem as implicações; e garantir que todas os envolvidos receberam adequado aconselhamento psicológico, de forma a reduzir os riscos e promover uma decisão bem informada (Shenfield, 2005). Os cuidados prestados à mãe de substituição não deverão ser diferentes dos serviços obstétricos prestados a qualquer outra mulher grávida.

c) PRINCÍPIO DA JUSTIÇA

Alguns poderão considerar injustas certas condições exigidas aos casais, como forma de acesso a técnicas de PMA. Do ponto de vista da Justiça, casos similares deverão ser tratados de forma semelhante (Wert *et al.*, 2011) – e reproduzir-se de forma natural não é equivalente a recorrer a fundos sociais para dispor destas técnicas. Na ausência de financiamento governamental, a Maternidade de Substituição constitui uma opção acessível apenas em meios sociais mais favorecidos.

Direitos das Mulheres

A favor da Maternidade de Substituição é evocado o direito à autonomia. Segundo van Zyl e van Niekerk (2000), a penalização ou invalidação do contrato representa a violação do direito à autonomia reprodutiva da mulher, pondo em causa o seu julgamento racional. A corrente feminista defende que a “biologia não é destino” e a gravidez não tem que ter o mesmo significado e impacto em todas as mulheres. A sociedade não deverá determinar e reduzir a definição de maternidade, impedindo uma mulher infértil de alcançar a liberdade de ter o seu próprio filho. De acordo com Raposo (2005), o direito à autonomia inclui ainda “o direito de celebrar contratos que sejam válidos e eficazes e de, com base neles, realizar uma série de outras liberdades”.

De acordo com a *World Health Organization* (Raposo, 2005), os direitos reprodutivos assentam no reconhecimento do direito básico de todos os casais e indivíduos poderem decidir ter filhos, de forma livre e responsável, no número, tempo e espaço adequados. Todas as decisões têm o direito de ser tomadas livres de discriminação, coerção e violência. Outros direitos são referidos por esta autora, tais como: Direitos sobre o próprio corpo, Igualdade entre cidadãos, Direito a constituir família, Direito à intimidade e à reserva da vida privada, Direito ao livre desenvolvimento pessoal e Direito à realização pessoal. Tendo em conta que a dádiva de vida é o direito mais básico, torna-se inaceitável qualquer medida que o impeça ou penalize.

No caso da mãe de substituição mudar de ideias relativamente à entrega do bebé, o relatório do *FIGO Committee* (2008) defende que esta tem o direito de manter o filho, ainda que os direitos paternais possam ser transferidos para o pai contratante.

As opiniões dividem-se, inclusive na doutrina feminista, acerca da aceitação dos contratos de Maternidade de Substituição: libertadores ou opressivos para a Mulher?

O Contrato

a) CONTEÚDO

É usual que a Maternidade de Substituição ocorra na presença de um contrato escrito formal, onde ambas as partes assumem obrigações claras e precisas, na expectativa de ser judicialmente sindicável (Raposo, 2005).

Os contratos expandem a liberdade e o poder das pessoas, oferecendo meios de proteção dos interesses de cada um (Damelio e Sorensen, 2008). Na Maternidade de Substituição, segundo o relatório do *FIGO Committee* (2008), os contratos são celebrados de forma a responsabilizar ambas as partes: a mãe de substituição, quanto aos comportamentos durante a gravidez que possam por em risco a saúde fetal, assim como os pais contratantes, com a aquisição de responsabilidade parental para com o futuro filho, mesmo na presença de doença ou anomalia congênita. Raposo (2005) enfatiza a necessidade da participação do marido da mãe de substituição no contrato uma vez que, de acordo com diversas legislações, este será considerado pai da criança.

Mastroianni (2004) considera os contratos celebrados no âmbito da Maternidade de Substituição uma versão pré-natal dos contratos de adoção. Assim, tanto a mãe de substituição é livre de mudar de ideias e manter os direitos parentais, como os pais contratantes são livres de reconsiderar a sua opção e dar o filho para a adoção.

De acordo com a opinião do *ACOG Committee* (2008), as partes envolvidas no contrato deverão discutir comportamentos e atitudes a ter durante a gravidez, tais como o estilo de vida e cuidados pré-natais a ser adotados pela mãe de substituição, a necessidade de realizar diagnóstico pré-natal e a opção de registrar os pais contratantes como pais legais. Deverão existir cláusulas que definam a conduta no caso de ocorrerem situações adversas como um aborto, morte ou divórcio dos pais contratantes durante a gravidez, o nascimento de uma criança com deficiência ou a mudança de ideias da mãe de substituição quanto à entrega do

filho (nomeadamente quando o pai contratante é o pai genético). Esta entidade recomenda ainda o registo legal das pré-condições e contingências acordadas pelos pais contratantes e mãe de substituição, de forma a que as intenções de ambas as partes estejam bem explícitas num documento legal, que poderá ser usado na promoção dos melhores interesses da criança.

b) VALIDADE

As Técnicas de PMA são, segundo a lei portuguesa, um “método subsidiário, e não alternativo, de procriação”, apenas utilizadas perante um diagnóstico de infertilidade ou casos excepcionais (tratamento de doença grave ou risco de transmissão genética, infecciosa ou outra). “Só as pessoas casadas que não se encontrem separadas judicialmente de pessoas e bens ou separadas de facto ou as que, sendo de sexo diferente, vivam em condições análogas às dos cônjuges há pelo menos dois anos podem recorrer a Técnicas de Procriação Medicamente Assistida” – Lei 32/2006, Art.ºs 4 e 6, publicada em Diário da República (2006).

No que diz respeito especificamente à Maternidade de Substituição, esta Lei, no Art.º 8.º, afirma que “são nulos os negócios jurídicos, gratuitos ou onerosos, de maternidade de substituição. Entende-se por «maternidade de substituição» qualquer situação em que a mulher se disponha a suportar uma gravidez por conta de outrem e a entregar a criança após o parto, renunciando aos poderes e deveres próprios da maternidade”. Segundo o Art.º 39, “quem concretizar contratos de maternidade de substituição a título oneroso é punido com pena de prisão até 2 anos ou pena de multa até 240 dias. Quem promover, por qualquer meio, designadamente através de convite direto ou por interposta pessoa, ou de anúncio público, a maternidade de substituição a título oneroso é punido com pena de prisão até 2 anos ou pena de multa até 240 dias”.

Contudo, o panorama português parece estar em evolução. Foram publicados na imprensa, a 5 de Janeiro de 2012, diversos artigos sobre o projeto de lei que visa legalizar a Maternidade

de Substituição, ou como alguns preferem, o “empréstimo benévolo do útero”. De acordo com esta informação, este projeto de lei será brevemente apresentado na Assembleia da República. O Diário Digital *rostos.pt* avança: “Os esforços do Conselho Nacional da Procriação Medicamente Assistida (CNPMA) parecem ter surtido finalmente o efeito pretendido, já que está próxima a legalização da maternidade de substituição”. Diferentes partidos nacionais parecem ter em comum o objectivo desta alteração, que passa por legalizar esta modalidade reprodutiva, até agora considerada crime. Pretende-se assim “que os casais que não possam conceber um filho por incapacidade ou inexistência do útero da mulher consigam ser pais com a ajuda da medicina”.

Quanto ao panorama europeu, este reflete as diferenças culturais, religiosas e políticas existentes no “Velho Continente”. Segundo Adam (2011) e *La Vita Felice – Surrogate Motherhood Centre*, alguns países como Áustria, Alemanha, Itália, Eslováquia, Polónia Noruega e Finlândia proíbem expressamente os contratos de Maternidade de Substituição. Por outro lado, o Reino Unido e República Checa permitem esta modalidade reprodutiva apenas a mulheres cuja gravidez está impossibilitada por todos os outros métodos, sendo permitido exclusivamente o pagamento das despesas médicas associadas. França, Dinamarca e Holanda proíbem qualquer contrato oneroso de Maternidade de Substituição.

Fora da Europa, a Índia e alguns estados brasileiros – São Paulo e Minas Gerais – e norte-americanos – Califórnia, Arkansas, Florida, Texas, Massachusetts – aceitam legalmente a Maternidade de Substituição. Outros estados destes dois países, assim como o Canadá, proíbem esta prática. Não há legislação específica na Austrália ou em alguns estados norte-americanos, como Carolina do Norte e Minnesota. Em Israel, apesar da lei permitir a Maternidade de Substituição unicamente quando para a mãe de substituição são transferidos embriões criados com os gâmetas de ambos os pais contratantes, pagamentos de qualquer tipo são ilegais neste país.

c) COMERCIAL VS. ALTRUÍSTA: A EXPLORAÇÃO DAS CLASSES DESFAVORECIDAS

As opiniões dividem-se quando surge a questão do pagamento ou da gratuidade do serviço prestado pela mãe de substituição.

As preocupações relativas à Maternidade de Substituição comercial centram-se na vulnerabilidade económica e educacional da mãe de substituição. Estas mulheres apresentam alguma desvantagem em termo de recursos e informação, podendo ser vítimas do casal contratante ou dos intermediários do serviço (Damelio e Sorensen, 2008). Estes autores citam o argumento dado por um Tribunal Supremo americano, num famoso caso de Maternidade de substituição que chegou aos tribunais: “pagar à mãe de substituição pode tornar a sua decisão menos voluntária”. Cicarelli e Beckman (2005) receiam que mulheres pobres, em idades jovens, solteiras ou pertencentes a minorias étnicas possam ser vítimas de exploração neste tipo de contratos.

A Maternidade de Substituição comercial é, segundo Mastroianni (2004), a desvalorização das ligações materno-fetais e das próprias crianças, que se tornam em “mercadorias” postas à venda. Dermout *et al.* (2009) são a favor da proibição dos contratos de Maternidade de Substituição comercial, de forma a prevenir os abusos que destes possam advir, e consideram que a Maternidade de Substituição altruísta deverá constituir uma solução de último recurso.

Por outro lado, Damelio e Sorensen (2008) referem a opinião de diversos autores a favor da legalização da Maternidade de Substituição comercial, no sentido dos direitos reprodutivos da mulher e da liberdade de celebrar um contrato que pague pela gestação de um bebé. O contrato não dá o direito aos pais contratantes de usarem o corpo da mãe de substituição de acordo com os seus objetivos, apenas podem esperar que a mãe de substituição cumpra as cláusulas que ambas as partes acordaram, nomeadamente no que diz respeito à restrição de certos estilos de vida durante a gravidez.

O perfil descrito de mulheres vulneráveis e suscetíveis à exploração é contrariado por estudos como o de Ciccarelli e Beckman (2005), no qual a maioria das mães de substituição são caucasianas, na faixa etária dos 20-30 anos, cristãs, casadas e com filhos.

Quer as mães de substituição, quer os pais contratantes ganham com um contrato comercial; contudo, os interesses dos pais contratantes são melhor servidos, o que poderá ser resolvido com a adequada compensação econômica – exploração mutuamente vantajosa (Humbyrd, 2009).

O pagamento na Maternidade de Substituição constitui ainda um incentivo fundamental à existência de mães de substituição, uma vez que mesmo considerando um serviço legítimo e aceitável, é natural que uma mulher não se preste a fazer um trabalho, no qual não terá a devida compensação financeira.

De forma a solucionar a ambivalência entre a vulnerabilidade das mães de substituição à exploração financeira e a limitação da sua autonomia através da proibição do pagamento, Damelio e Sorensen (2008) propõem que o estado ofereça aulas de educação em Maternidade de Substituição às mulheres que tencionam tornar-se mães de substituição. O objetivo é esclarecê-las acerca das particularidades de todo o processo, nomeadamente no que diz respeito aos seus direitos, permitir-lhes o relato da experiência de mulheres que já foram mães de substituição e também de outras oportunidades de emprego ao seu alcance. Pretende-se com esta medida atenuar a vulnerabilidade destas mulheres, ajudando-as a tomar esta decisão com base numa boa informação e deliberação sensata.

Uma outra forma de combater a exploração financeira é apresentada por Mastroianni (2004), o qual sugere que o pagamento seja feito pelo “risco, sacrifício e desconforto” da mãe de substituição durante a gravidez, o que significa que o pagamento deverá ser obrigatoriamente efetuado, independentemente do resultado da gravidez – inclusive na morte fetal. Ciccarelli e Beckman (2005) acrescentam que cabe às agências mediadoras do processo

de Maternidade de Substituição, rastrear e selecionar cuidadosamente estas mulheres, de forma a evitar a sua exploração.

No que diz respeito ao contrato altruísta, Mastroianni (2004) refere que, mesmo quando não há compensações financeiras envolvidas, as mães de substituição podem ser vítimas de coerção, isto é, influências que poderão manipular a sua capacidade de decisão. Apesar de poder estar presente na sociedade em geral, esta pressão a que a mãe de substituição poderá ser sujeita tem geralmente origem em membros da família ou amigos próximos. O autor não nega a existência de contratos puramente altruístas, apenas insiste na “complexidade sociológica” do ato de “dar uma criança”.

Na opinião do *ACOG Committee* (2008), se à mãe de substituição for oferecido um pagamento baixo, terá sido explorada por não ser devidamente compensada; se o pagamento for elevado, poderá ser dito que foi explorada por forças coercivas.

d) TURISMO REPRODUTIVO

Consequentemente à atual proibição da Maternidade de Substituição pela lei Portuguesa, tem-se assistido à crescente procura de mulheres no estrangeiro para a realização destes contratos. Este “turismo reprodutivo” pode gerar graves implicações nas condições em que as mulheres são recrutadas e tratadas durante o processo, assim como restringir o acesso à Maternidade de Substituição a casais de classes económicas socialmente favorecidas. As despesas incluem desde o pagamento da mãe de substituição, às taxas legais e da clínica, assim como a medicação, fertilização *in vitro* e as despesas da viagem. Os países mais procurados são a Índia, os Estados Unidos, a Ucrânia e o Brasil.

Analisando o caso específico da Índia, de acordo com o artigo da imprensa, Folha de Portugal (2011), “desde 2002, ano em que a Maternidade de Substituição foi legalizada, que a Maternidade de Substituição é praticada em 350 clínicas espalhadas por todo o país, rendendo

perto de 350 mil milhões de euros, por ano. Cenário este que está relacionado não só com os preços praticados, mas também com o facto de todo o processo ser pouco controlado e relativamente seguro”.

A disparidade de preços é nítida: um contrato de Maternidade de Substituição é celebrado na Índia por cerca de 16 mil euros, enquanto que nos Estados Unidos da América os preços praticados vão até aos 90 mil euros. Outro motivo de procura do mercado Indiano consiste na facilidade de acesso, inclusive a casais homossexuais, pessoas singulares e até na ausência de doença que impeça a gravidez, assim como a boa qualidade dos serviços médicos prestados. A maioria das mulheres indianas que são mães de substituição são analfabetas e motivadas pelas suas dificuldades económicas, extremamente vulneráveis à exploração – muitas nem compreendem o contrato, frequentemente redigido em inglês. “Para além de tudo isto, até o sistema de pagamentos é desigual, visto que muitos clientes religiosos preferem que os filhos sejam trazidos a este mundo por uma *brâmane* (membro da casta sacerdotal, a primeira das quatro grandes castas tradicionais da Índia) portanto, uma mãe de aluguer bem-nascida poderá vir a receber o dobro de uma proveniente de uma casta baixa” (Folha de Portugal, 2011).

O Casal Contratante

a) MOTIVAÇÕES

A infertilidade é o principal motivo que leva à procura da Maternidade de Substituição como uma alternativa para ter um filho. Segundo a Associação Portuguesa de Fertilidade (2009), entenda-se infertilidade como o resultado de uma falência orgânica devida à disfunção dos órgãos reprodutores, dos gâmetas ou do produto da concepção. Considera-se então um casal infértil aquele que, após um ano de relações sexuais regulares, sem recurso a métodos contraceptivos, e cuja mulher tem idade inferior a 35 anos, não alcança a gravidez. É ainda considerado infértil o casal que apresenta um número igual ou superior a três abortamentos consecutivos (abortamentos de repetição). Estima-se que a infertilidade atinja um em cada sete casais e tende a aumentar a incidência entre os jovens casais ocidentais (Poote e van den Akker, 2009).

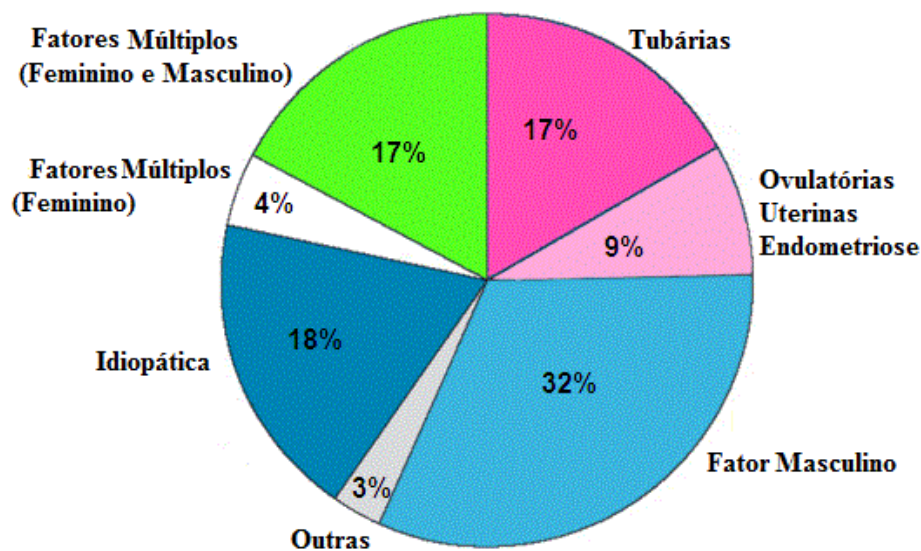


Figura 2. As Causas de Infertilidade. Adaptado de: *The London Bridge Fertility, Gynaecology and Genetics Centre* (2011).

De acordo com o estudo britânico de MacCallum *et al.* (2003), a média de tempo ao qual os casais candidatos à Maternidade de Substituição estão a tentar ter um filho é de 7,5 anos.

Na Maternidade de Substituição, a possibilidade de existência de um vínculo genético (total ou parcial) com a criança define a grande vantagem relativamente à adoção. O facto do processo de adoção ser moroso e desgastante pode também ser apontado como motivo de rejeição desta opção (ACOG *Committee Opinion*, 2008).

No entanto, a Maternidade de Substituição constitui uma opção, mesmo na inexistência de vínculo genético entre mãe e filho. Assim, Shenfield *et al.* (2005) considera indicações absolutas para Maternidade de Substituição casos de mulheres com ausência de útero congénita (Síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser) ou após histerectomia.

Mulheres com contra-indicação médica à gravidez, assim como aquelas que apresentam risco de transmissão de doenças genéticas, constituem dois grandes grupos que procuram uma mãe de substituição. Segundo Shenfield *et al.* (2005), o argumento do risco pode ser relativo e varia bastante de acordo com a gravidade das doenças, tais como insuficiência renal, insuficiência cardíaca ou iso-imunização Rhesus severa.

Existem ainda motivações cuja controvérsia é maior, tais como, segundo Shenfield *et al.* (2005), abortos de repetição e várias tentativas de fertilização *in vitro* sem sucesso. Três ou mais abortos consecutivos antes das 20 semanas de gestação são considerados abortos de repetição, podendo ter origem em anomalias fetais incompatíveis com a vida ou num ambiente materno hostil (Carp *et al.*, 2004). Para o segundo caso, de acordo com o autor, a Maternidade de Substituição constitui uma opção válida.

Segundo Raposo (2005), o receio de comprometer a carreira profissional ou a aparência física devido a uma gravidez são razões por vezes presentes, mas socialmente pouco aceites.

b) CONSEQUÊNCIAS

A principal preocupação do casal contratante centra-se na concretização da entrega do bebé após o nascimento, de acordo com o previamente estabelecido, o que poderá acarretar

graves consequências emocionais. No entanto, um estudo americano que incluiu 250.000 mães de substituição, Teman (2008) refere que 99% entregam os bebês ao casal de acordo com o contrato estabelecido. Apesar de se manterem mais positivas do que as mães de substituição durante a gravidez, as mães contratantes atingem os níveis máximos de ansiedade nos últimos estádios da gravidez, segundo van den Akker (2007b).

van den Akker (2007a) refere outros problemas que podem surgir durante este processo, tais como a exploração financeira, as consequências legais e o estigma social a que estão expostos os membros do casal contratante. A instrumentalização que deriva do processo também poderá constituir uma preocupação.

Segundo Ciccarelli e Beckman (2005), nos casos em que a mãe de substituição é inseminada com o esperma do pai contratante, poderá surgir algum desconforto, que é geralmente ultrapassado pela satisfação do vínculo genético com o filho. Por outro lado, a mãe contratante que não contribui com material genético, supera essa ausência com a convicção de que a existência do filho se deve à sua intenção. A proximidade com a mãe de substituição e a partilha das experiências da gravidez constituem estratégias para fortalecer a relação entre a mãe contratante e o filho.

A proximidade com a mãe de substituição pode desencadear um sentimento de ameaça ao papel parental dos pais contratantes (Wert, 2011); contudo, no que diz respeito à relação com a mãe de substituição, o estudo de MacCallum *et al.* (2003) revela que esta é geralmente descrita como sendo boa, com poucos indícios de conflito, sendo que o contacto regular é mantido após o nascimento, em dois terços da amostra estudada.

Por sua vez, Shenfield *et al.* (2005) afirma que, uma vez tomadas as medidas apropriadas ao processo, geralmente a Maternidade de Substituição representa geralmente uma experiência positiva.

A Mãe de Substituição

a) MOTIVAÇÕES

Concordando ou não com a maternidade de substituição, todos conseguem compreender as motivações do casal contratante; contudo, pode ser mais difícil responder a esta questão quando se refere à Mãe de Substituição.

De acordo com Ciccarelli e Beckman (2005) e Teman (2008), as mães de substituição referem diversos motivos que as podem levar a querer desempenhar esse papel. As razões altruístas surgem como principal motivação, nomeadamente quando existe uma ligação familiar entre a mãe de substituição e o casal contratante. Ao contrário do esperado, as compensações financeiras não foram referidas como o principal fator; no entanto, as dificuldades económicas foram indicadas por uma pequena amostra de mulheres que já foram mães de substituição. Outras motivações incluem a empatia com o casal infértil e a possibilidade de ajudar pessoas numa situação adversa; a realização pessoal pelo importante papel desempenhado; a satisfação em estar grávida; uma minoria refere ainda a experiência de uma perda prévia (aborto ou filho dado para adoção, divórcio ou morte na família).

b) PERFIL

Alguns estudos como o de Ciccarelli e Beckman (2005), realizado nos Estados Unidos da América, tentaram também reunir algumas características de personalidade comuns às mulheres que geram um filho com o intuito de entregá-lo a outrem. Estas autoras concluíram que a grande parte das mães de substituição que estudaram tinham personalidades estáveis, não se distinguindo das mulheres contratantes. Poderiam, contudo, ser mulheres menos conservadoras – mais flexíveis no que respeita aos valores familiares tradicionais e conceito de maternidade – e mais independentes. Teman (2008) descreve-as ainda como mulheres inteligentes, racionais, estáveis, realistas, práticas e otimistas.

A presença de psicopatologia nas mães de substituição é negada por van den Akker (2007a). O estudo britânico de van den Akker (2007b) não evidencia diferenças nos traços de personalidade entre mães contratantes, mães de substituição genéticas e mães de substituição gestacionais.

De acordo com Teman (2008), dos diversos estudos citados, apenas um, com uma amostra de 15 mães de substituição, define características negativas comuns, como “menos conscienciosas”, e “menos rígidas na aplicação de padrões morais”.

No entanto, e ainda segundo o mesmo autor, o facto de tentar definir um perfil comum às mães de substituição pressupõe que o investigador as assume com traços de personalidade desviantes, que fazem escolhas que vão contra a natureza humana, o que pode influenciar os métodos do estudo. Na realidade, os estudos psicológicos continuam a considerar que todas as mulheres criam uma ligação natural, universal e inata com o filho que geram, a menos que uma depressão ou défice no suporte social iniba este mecanismo.

c) COMPORTAMENTOS AO LONGO DA GRAVIDEZ

No estudo holandês de Dondrop *et al.* (2010), consideraram-se três fatores de estilo de vida – a obesidade, o tabagismo e o consumo de álcool – passíveis de limitar o acesso às técnicas de PMA por comprometerem a fertilidade, condicionarem a eficácia dos resultados da fertilização *in vitro*, aumentarem a probabilidade de ocorrência de complicações durante a gravidez, e ainda poderem provocar efeitos nefastos na saúde do bebé.

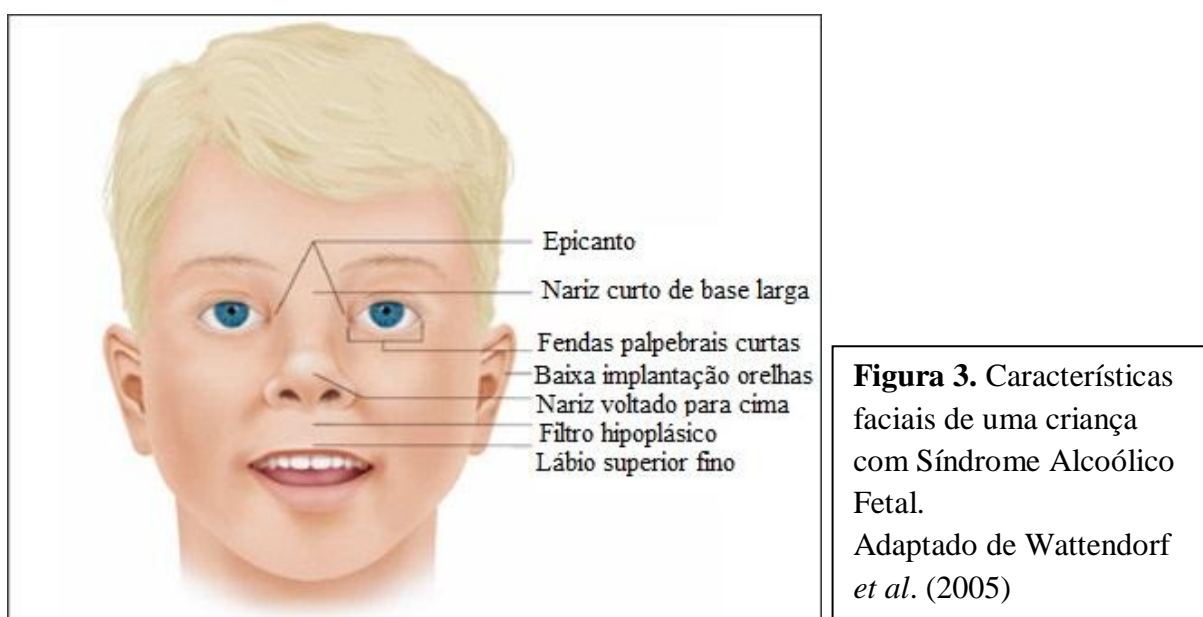
De acordo com este estudo, a obesidade aumenta quer o risco de aborto, quer o risco de complicações peri-parto: pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, hipertensão, distúrbios tromboembólicos, parto pré-termo, macrosomia e maior probabilidade de recurso a cesariana. Relativamente aos efeitos no bebé, estes incluem um maior risco de complicações e morte perinatal, na medida em que aumenta em 80% o risco de defeitos do tubo neural e em

30% o risco de anomalias cardiovasculares. O bebê tem ainda maior probabilidade de desenvolver excesso de peso e outras componentes do Síndrome Metabólico (hipertensão, dislipidemia ou intolerância à glicose).

O tabagismo tem consequências reprodutivas dose-dependente: aumenta o risco de aborto espontâneo, complicações placentares, restrição do crescimento fetal, parto pré-termo e morte neonatal. Os bebês têm um risco aumentado de sofrer de Síndrome de Morte Súbita Infantil, de desenvolver patologia respiratória e fendas oro-faciais. Existe ainda uma possível relação entre o consumo de tabaco e o maior risco de leucemia e outros cânceros nas crianças, assim como de efeitos adversos no sêmen dos filhos do sexo masculino.

O consumo de álcool acarreta também um maior risco de aborto, morte fetal, parto pré-termo e restrição de crescimento fetal. As consequências podem ocorrer em todos os estádios de desenvolvimento embrionário e fetal: vão desde anomalias físicas e comportamentais a défices cognitivos, constituindo o Síndrome Alcoólico Fetal. Este inclui alterações das características faciais (Fig. 3), atraso de crescimento e anomalias no neurodesenvolvimento.

Os estudos concluíram que os efeitos destes fatores são sinérgicos, sendo o risco total superior à soma do risco de cada fator individualmente.



Destes e de outros comportamentos – uso de drogas, prática de desportos radicais ou subnutrição – surgem geralmente complicações no contrato de Maternidade de Substituição, nomeadamente quando a criança nasce com deficiência.

d) CONSEQUÊNCIAS

1. Psicológicas

Enquanto alguns autores defendem acerrimamente que os danos psicológicos são inevitáveis, uma vez que a ligação inata com o bebé levará a sentimentos de arrependimento e culpa aquando da sua entrega, bem como maior risco de depressão pós-parto (Jadva *et al.*, 2003), outros defendem que este é um processo psicologicamente saudável para a maioria das mães de substituição.

Segundo Jadva *et al.* (2003), as mães de substituição sofrem algum rebate psicológico após a entrega do bebé, que é, contudo, de baixa gravidade e curta duração. Este estudo, realizado no Reino Unido um ano após o nascimento da criança, apenas duas das 34 mães de substituição se revelaram ocasionalmente tristes; nenhuma se apresentou deprimida. Outro achado de grande interesse foi o facto da ligação com o bebé não ser mais intensa nas mães de substituição que partilham o património genético, contrariamente ao esperado pela maioria. A única diferença relatada nestas mulheres foi o seu particular interesse na revelação à criança, relativamente à forma como foi concebida.

Teman (2008) refere que a maioria das mães de substituição não estabeleceu um vínculo com o bebé e que se apresenta plenamente satisfeita com todo o processo, não tendo sofrido quaisquer danos psicológicos. Esta transição positiva poderá ser explicada pela preparação psicológica prévia e criação de mecanismos de defesa por parte da mãe de substituição, não vivendo por completo a experiência da própria gravidez e redireccionando as emoções. Contudo, Damelio e Sorensen (2008) alertam para o facto de certas exigências que são feitas a

estas mulheres serem de carácter imprevisível, isto é, a mãe de substituição não tem como saber *a priori* como reagirá à entrega do bebé no futuro.

De acordo com van den Akker (2007a), grande parte das mães de substituição consideram que esta experiência significou um ganho nas suas vidas, nomeadamente a criação de uma relação de amizade com o casal contratante, bem como o aumento da sua autoestima e autoconfiança. Apesar de tudo, a entrega do bebé é pautada pelo “alívio” do término do processo, com um misto de felicidade e tristeza, para a maioria das mães de substituição.

Ciccarelli e Beckman (2005) consideram que a positividade da experiência está diretamente relacionada com a relação que a mãe de substituição estabelece com o casal contratante, quer antes do parto, através da partilha de experiências da gravidez entre as duas mulheres, quer após o nascimento, na continuidade da boa relação com o casal e no contacto com o bebé. O afastamento progressivo por parte do casal poderá ser bastante prejudicial para a mãe de substituição.

2. Médicas

Relativamente a consequências médicas, as mães de substituição estão sujeitas aos riscos de uma gravidez, tangentes a qualquer mulher grávida: abortamento, gravidez ectópica, gravidez múltipla (podendo esta ser mais frequente na Maternidade de Substituição) e complicações comuns da gravidez (Shenfield, 2005).

No entanto, Clementina (2011) constata que as mães de substituição estão sujeitas a maiores complicações obstétricas, tais como hipertensão, pré-eclâmpsia e maior morbilidade materna e fetal. A explicação do fenómeno, que se aplica apenas à Maternidade de Substituição Gestacional, reside em defeitos do desenvolvimento placentar, uma vez que este se desenvolve à custa de interações materno-fetais. Assim, devido a incompatibilidade genética entre a mãe e o embrião, estas interações podem estar alteradas, condicionando uma

invasão endometrial subótima e, conseqüentemente, um desenvolvimento placentar deficiente e eventual stress oxidativo na placenta e hipertensão. Outras complicações que poderão surgir por este mecanismo são as doenças hematológicas, tais como a trombocitopenia aloimune, uma doença que pode ser fatal, através do desenvolvimento de anticorpos anti antígeno plaquetar HPA-1. Uma história clínica cuidadosa da mãe de substituição e a fenotipagem para HPA-1a/1b são estratégias de prevenção pré-implantatórias. O microquimerismo adquirido é um problema imunológico que também pode surgir nestas mulheres e explicar fisiopatologicamente as complicações referidas, assim como o desenvolvimento de doenças autoimunes. Segundo Barcellos e Andrade (2004), quimerismo diz respeito a um indivíduo que contém populações de células de um diferente indivíduo, isto é, células não próprias. Durante a gestação existem trocas entre mãe e feto, que incluem a passagem de células. A partir das cinco semanas de gestação e durante o primeiro trimestre, células fetais são normalmente encontradas no sangue periférico materno, podendo persistir cerca de 27 anos. No decorrer da gravidez, a quantidade de DNA fetal aumenta progressivamente, atingindo um máximo na altura do parto. Clementina (2011) refere este fenómeno como mutuamente benéfico e adverso; contudo, os malefícios surgem essencialmente da transferência no sentido materno-fetal, uma vez que a resposta imunitária fetal se distingue da neonatal e da do adulto. Não existe, portanto, histocompatibilidade entre as células maternas e fetais, podendo as células alogénicas transferidas interferir com a vigilância imunológica do hospedeiro.

3. Familiares

Ciccarelli e Beckman (2005) referem que a maioria das mães de substituição é apoiada pelos maridos ou companheiros, e consideram todo o processo como tendo um impacto positivo no seu ambiente familiar, podendo inclusive fomentar a aproximação a um membro da família. Por outro lado, nas famílias mais alargadas, apenas um terço é unânime no apoio

dado à mãe de substituição. Neste artigo, as autoras referem também que, em mais de metade das mães de substituição, esta experiência deu origem a algum conflito interpessoal.

Pelo contrário, no estudo levado a cabo por van den Akker (2007b), o número de mulheres numa relação estável é superior no grupo das mães contratantes, quando comparadas com as mães de substituição. O apoio e suporte social dado pelos maridos ou companheiros das mães de substituição que mantinham uma relação foi significativamente menor do que o dos pais contratantes, sendo a harmonia do casal negativamente afetada em alguns casos. Shenfield *et al.* (2005) realça a importância do consentimento do marido ou companheiro da mãe de substituição, não apenas para proteger a relação, mas principalmente porque em alguns países este poderá ser considerado legalmente o pai da criança.

De forma a proteger os filhos já existentes das mães de substituição, Jadva *et al.* (2003) refere as recomendações da Associação Médica Britânica, no sentido de informar adequadamente estas crianças com a devida antecedência.

A Criança

a) DIREITOS

De todos os elementos participantes do contrato de Maternidade de Substituição, de acordo com a Constituição da República Portuguesa e a legislação em Direito da Família, o interesse mais poderoso é o da criança. Pinheiro (2005) refere que isto se percebe no Art.º 36º, nºs 5, 6 e 7 da Constituição, “quando se atribui aos pais não só o direito mas também o dever de educação e manutenção dos filhos, quando se admite que os filhos sejam separados dos pais se estes não cumprirem os seus deveres fundamentais e quando se protege a adoção”. Ainda no artigo 67º, nº 2, alínea d), da mesma lei básica, “estabelece como incumbência do Estado garantir o direito ao planeamento familiar, de forma a permitir o exercício de uma maternidade e paternidade conscientes”. O autor refere ainda o artigo 69º, nº1, que “reconhece às crianças o direito à proteção da sociedade e do Estado contra todas as formas de abandono, de discriminação e de opressão e contra o exercício abusivo da autoridade na família”; e no nº2, desse artigo ainda, “determina-se que o Estado assegura especial proteção às crianças órfãs, abandonadas ou por qualquer forma privadas de um ambiente familiar normal”. No Direito da Filiação, o Código Civil “determina que o poder paternal é exercido no interesse dos filhos” (Pinheiro, 2005).

“A Convenção dos Direitos da Criança afirma, no seu Art.º 7.º, que toda a criança tem o direito de ser educada pelos seus pais, e no Art.º 8.º estabelece que a criança tem o direito de preservar a sua identidade, na qual se incluem a nacionalidade, o nome e as relações familiares” (Raposo, 2005).

Boiko (2011) acrescenta que todas as crianças têm direito a pertencer a uma família, na qual possam levar a cabo o seu processo de desenvolvimento de personalidade.

Hanna (2010) considera que os direitos das crianças não constituem um obstáculo à aceitação da Maternidade de Substituição comercial.

b) CONSEQUÊNCIAS

A sociedade assiste ao alucinante desenvolvimento das técnicas de PMA, que conferem sofisticação e avanço tecnológico na resolução de diversos problemas. Contudo, segundo Pennings *et al.* (2007), a avaliação da eficácia, eficiência, segurança e das consequências sociais e económicas deverão ser levada a cabo, tendo sempre em conta os melhores interesses das crianças.

O *FIGO Committee Report* (2008) faz referência às possíveis consequências de uma gravidez levada a cabo através de técnicas de PMA, nomeadamente o risco de complicações de uma gravidez múltipla, o que poderá pôr em causa a saúde do(s) bebé(s).

Os aspetos psicológicos da criança constituem uma forte preocupação da maioria dos autores; todavia, não existem estudos que suportem o impacto deste fator. Golombok *et al.* (2006) refere que as circunstâncias do nascimento poderiam influenciar negativamente a relação parental, e conseqüentemente o bem estar psicológico das crianças; contudo, o seu estudo contraria esta premissa: a ausência de ligação genética entre mãe e filho não influenciava negativamente a relação entre ambos, de acordo com o observado aos 3 anos de idade da criança. Pelo contrário, foi descrita uma relação mais próxima, quando comparada com famílias tradicionais. Os autores consideram que o facto das mães não partilharem o seu material genético, acabava por resultar num maior comprometimento e dedicação à relação com o filho.

c) MATERNIDADE DE SUBSTITUIÇÃO VS. ADOÇÃO

O que a Maternidade de Substituição e a Adoção têm em comum é o facto de, em ambas, se proceder à entrega de uma criança a alguém que a deseja. Raposo (2005) questiona a razão pela qual se repudia a Maternidade de Substituição, uma vez que a adoção é social e legalmente admitida?

Alguns autores tendem a fazer certas comparações e extrapolar dados de casos de adoção, quando na realidade são processos quase opostos: o objetivo da maternidade de substituição é o de gerar um filho para alguém infértil, enquanto que na adoção pretende-se encontrar uma família para um filho já nascido (van den Akker, 2007a). Outras grandes diferenças encontradas por Ciccarelli e Beckman (2005) são a inexistência da possibilidade de vínculo genético entre pais contratantes e filho na adoção, bem como a maior aceitação social deste processo. Raposo (2005) refere que os filhos genéticos na Maternidade de Substituição partilham com os pais uma “conexão que vai para além do mero reconhecimento legal da filiação”.

Poucos estudos existem sobre o desenvolvimento cognitivo e social destas crianças, particularmente a longo prazo. Os dados disponíveis dizem respeito a comparações entre crianças de 3 a 8 anos de idade que resultaram de uma fertilização *in vitro*, da doação de gâmetas e de um processo de adoção e que se revelaram completamente ajustadas psicologicamente e no seio da sua família (Ciccarelli e Beckman, 2005).

Boiko (2011) considera que enquanto que a adoção pode minimizar os danos sofridos por uma criança que já nasceu, as técnicas de PMA podem criar problemas adicionais às crianças, na medida em que dão origem a diversas figuras parentais.

d) A REVELAÇÃO

Apesar de não haver consenso relativamente à altura exata, é unânime que as crianças deverão ser esclarecidas acerca da origem da sua conceção.

As crianças têm o direito de conhecer as suas origens biológicas, particularmente a sua identidade genética (Wert *et al.*, 2011); no entanto, os direitos da criança vão contra o direito à privacidade dos adultos (Chliaoutakis *et al.*, 2002).

A não informação da criança, poderá, segundo van den Akker (2007a) resultar em dramáticas consequências tanto para a mãe de substituição, assim como para o filho – na descoberta acidental, por exemplo, em contexto de crise familiar ou através de um teste genético. A revelação está assim associada a um menor desenvolvimento de complicações psicológicas.

MacCallum *et al.* (2003) estabelece a comparação com crianças adotadas, que na ausência de uma comunicação aberta relativa à sua origem, apresentam maiores problemas comportamentais e emocionais. Neste estudo, 100% das mães e pais contratantes tencionavam revelar à criança a sua origem, traduzindo uma mente mais aberta do que as famílias que recorrem a outras técnicas de PMA. As mães pretendiam fazê-lo cerca dos 3 anos, enquanto que os pais preferiam aguardar até aos 5 anos de idade. No estudo de Golombok *et al.* (2006), os pais contratantes começaram a introduzir o assunto à criança por volta dos seus 3 anos de idade, altura em que estas começam a adquirir conhecimentos rudimentares acerca da conceção.

A Moral da Sociedade

a) CONCEITO DE FAMÍLIA

A família representa um grupo social primário, cuja definição tem um valor cultural e social mais ou menos flexível. O conceito mais tradicional de família é representado por um casal, cuja figura masculina tem como função sustentar a família, enquanto que mulher é primariamente responsável pelos filhos (Ciccarelli e Beckman, 2005).

Poote e van den Akker (2009) referem que a necessidade de conceber um filho biológico não é inata, mas é o resultado de pressões sociais e normas culturais.

Segundo Teman (2008) a Maternidade de Substituição foi o culminar da destabilização familiar, num contexto de fragmentação com as crescentes taxas de divórcio e o aparecimento de novos tipos de família. A desaprovação de famílias resultantes deste tipo de contratos implica a mesma atitude perante outro tipo de famílias, como as que resultam de adoção ou divórcios, diferentes do modelo clássico (Raposo, 2005).

Esta nova forma de criar uma família representa um enorme desafio aos valores tradicionais, dissociando os conceitos de gravidez e maternidade, e ameaçando pressupostos culturais como a inevitável ligação materno-fetal.

Mastroianni (2004) conclui que a Maternidade de Substituição divide a definição de mãe nos seus componentes genético, gestacional e intencional. As opiniões dividem-se quando se tenta determinar a qual dos elementos deverá ser dada prioridade.

b) A ACEITAÇÃO SOCIAL

O estudo de Ciccarelli e Beckman (2005) mostra que a Maternidade de Substituição, nomeadamente na sua modalidade comercial, constitui o recurso à PMA com menor grau de aceitação social. Os fatores demográficos que estão negativamente associados à opinião social

incluem o tamanho da família e a idade. Por outro lado, a educação parece ser diretamente proporcional à aceitação da Maternidade de Substituição. Enquanto os fatores demográficos explicam apenas uma minoria das diferenças encontradas na aceitação social, os autores citam a infertilidade enquanto motivação, como sendo o fator de maior impacto. O facto alguém se tornar infértil pode inclusive alterar a opinião das pessoas relativamente à Maternidade de Substituição.

No estudo grego de Chliaoutakis *et al.* (2002), em que a maioria dos entrevistados eram contra a Maternidade de Substituição, foi sugerido que a falta de informação sobre o tema, as grandes quantias de dinheiro envolvidas e as crenças pessoais influenciavam negativamente as pessoas estudadas. Estes autores concluíram que a quando é dada a garantia ao anonimato dos dadores de gâmetas e consequente anulação dos direitos parentais, a aceitação social é maior. A Maternidade de Substituição que não envolve destruição dos embriões excedentários, a legislação e o suporte social adequados são fatores positivamente associados a uma maior aceitação.

A religiosidade representa um fator de amplo impacto na opinião social acerca das formas de conceção alternativas. Adam e Akhaladze (2011) referem que enquanto certas religiões não permitem que a reprodução ocorra de formas “não naturais”, uma vez que as crianças são vistas como “presentes de Deus”, outras aceitam a Maternidade de Substituição com algumas restrições ou em certas condições como a infertilidade.

O Vaticano, sede da Igreja Católica, é assumidamente contra a fertilização *in vitro*, enquanto que os ensinamentos Ortodoxos reprovam as técnicas de PMA que incluem a Maternidade de Substituição, a destruição de embriões excedentes e os dadores de gâmetas. O Cristianismo condena a atitude pragmática e utilitária perante valores sagrados como a vida, a maternidade e a família. van den Akker (2007a) refere que a aceitação e a própria legalização podem ser definidas pelas especificidades de cada religião: em Israel, por exemplo, a lei

aprova apenas a Maternidade de Substituição Gestacional e com recurso a gâmetas de ambos os pais contratantes, de acordo com as leis do judaísmo. Em suma, os praticantes e devotos de uma religião podem ter maior dificuldade em aceitar e considerar a Maternidade de Substituição como uma opção viável.

A comunicação social tem também uma forte influência na aceitação social desta prática e determina opiniões ao popularizar casos raros, em vez de mostrar ao público o mais frequente (The Bertarelli Foundation Scientific Board, 2000).

Chliaoutakis *et al.* (2002) destaca a importância para o médico em conhecer a opinião pública e perceber como o avanço tecnológico da medicina afeta os direitos humanos, a estrutura social e a política de saúde.

c) MERCADO DE BEBÉS

As crianças constituem inequivocamente o elo mais vulnerável nos contratos de Maternidade de Substituição, devendo constituir o maior alvo das preocupações éticas e morais.

O facto da Maternidade de Substituição poder levar os bebés a tornarem-se objetos de venda, constitui uma séria preocupação para a maioria dos autores. Damelio e Sorensen (2008) veem a mercantilização de bebés como a desvalorização da vida e um ataque à dignidade humana. A Maternidade de Substituição põe à venda a reprodução, crianças e mulheres têm um valor infinitamente maior que produtos comerciais, pelo que não deveriam ser postos no mercado (Humbyrd, 2009). Por sua vez, Hanna (2010), alerta para o facto dos contratos ao conterem cláusulas que definam um pagamento inferior em caso de morte neonatal, ou a devolução integral do pagamento em caso de não entrega do bebé pela mãe de substituição ser a favor da criação de um mercado de bebés.

Em objeção aos argumentos da “venda de bebês”, Damelio e Sorensen (2008) alegam que os pais contratantes apenas pretendem pagar para cumprir o objetivo de ter filhos e poderem desempenhar adequadamente o seu papel parental, ao invés de explorar crianças ou obter algum tipo de lucro financeiro. Segundo Hanna (2010), os pais contratantes não compram direitos parentais sobre as crianças, em vez disso ganham obrigações perante estas, nomeadamente o dever de proteger os seus melhores interesses. Para esta autora, as cláusulas contratuais existem apenas para criar algumas garantias aos pais de substituição, que geralmente investem elevadas quantias para celebrar este tipo de contratos. Os contratos que incluem uma cláusula em que a mãe de substituição pode rescindir o acordo e ficar com os direitos parentais, transparece de forma mais nítida que o que está “à venda” é a sua capacidade reprodutiva e o seu trabalho, não o bebé em si (Damelio e Sorensen, 2008).

Humbyrd (2009) considera que a Maternidade de Substituição “vende as capacidades reprodutivas” tanto quanto a doação de gâmetas ou outra qualquer técnica de PMA. Para além disso, nos casos em que o pai contratante é simultaneamente o pai genético, não faria qualquer sentido que este comprasse o seu próprio filho.

Casos Especiais

a) MATERNIDADE DE SUBSTITUIÇÃO INTRAFAMILIAR

A escolha de um membro da família para celebrar um contrato de Maternidade de Substituição pode ser preferível para os que pretendam preservar um vínculo genético com o elemento infértil. O facto de conhecer a origem dos gâmetas constitui um fator que pode determinar menores consequências psicológicas para alguns, constituindo uma razão de investimento de tempo e recursos e, por vezes, a única forma de aceitar a Maternidade de Substituição. A maior disponibilidade para colaborar acaba também por constituir uma vantagem, diminuindo o tempo de espera e reduzindo os custos. No que diz respeito à criança, esta modalidade pode ser vantajosa em termos de acesso à informação sobre a sua origem genética e raízes biológicas, bem como no contacto com a mãe de substituição (Wert *et al.*, 2011).

Os mesmos autores afirmam que a possibilidade de pressão psicossocial, comprometendo a autonomia da mãe de substituição, representa a principal preocupação associada à Maternidade de Substituição intrafamiliar. Como criaturas sociais, o ser humano é influenciado pelos outros, especialmente quando confrontado com o sofrimento de familiares. Esta pressão pode ser de tal magnitude que seja considerada coerção, o que poderá causar graves conflitos, sentimentos de culpa, stresse e distúrbios emocionais na mãe de substituição. Nos casos em que as mães de substituição são filhas e dependentes dos contratantes existe, segundo Shenfield *et al.* (2005), um risco aumentado de coerção.

Quanto maior a proximidade familiar, maior também a probabilidade de conflitos intrafamiliares, nomeadamente quando o casal contratante sente o seu papel parental ameaçado pela mãe de substituição, ou quando há discórdia nos termos da revelação à criança (Wert *et al.*, 2011). Por estes motivos, MacCallum *et al.* (2003) refere que em alguns países, como por exemplo Israel, é ilegal a ligação familiar com a mãe de substituição.

Wert *et al.* (2011) referem que, na existência de consanguinidade surge o risco de transmissão de doenças genéticas, o qual é tanto maior quanto mais próxima for a relação familiar, o que pode comprometer a saúde da criança. As relações familiares podem ser confusas e ter repercussões para a criança.

A questão moral que surge é a possibilidade de uma relação incestuosa, mesmo na ausência de relação sexual propriamente dita. Um exemplo disso é quando uma mulher gera o bebé do seu irmão e cunhada.

Shenfield *et al.* (2005) conclui que não existem estudos que demonstrem um maior risco de complicações nos contratos intrafamiliares, embora o aconselhamento psicológico seja indispensável.

b) CASAIS HOMOSSEXUAIS OU INDIVÍDUOS SINGULARES

As recomendações do *FIGO Committee Report* (2008) afirmam que a Maternidade de Substituição deverá ser reservada para os casos com indicação médica, sendo inaceitável por razões sociais.

Van den Akker (1999) refere que a maioria dos que procuram a Maternidade de Substituição são casais heterossexuais. Sendo a infertilidade a principal e mais aceitável indicação para a Maternidade de Substituição, deixa de fazer sentido a sua concretização na homossexualidade, uma vez que estes casais não são vítimas de infertilidade propriamente dita.

De acordo com o estudo de Chliaoutakis *et al.* (2002) a maioria dos inquiridos classificou como inaceitável que uma mulher solteira, com uma carreira de sucesso, pudesse recorrer à Maternidade de Substituição por motivos sociais e/ou profissionais, considerando um comportamento individualista.

c) A CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA

É usual surgirem complicações aquando do nascimento de uma criança com deficiência, quando os pais contratantes se recusam a assumir as responsabilidades parentais. Nestas circunstâncias, segundo van den Akker (2007a) é injusto para mãe de substituição, cuja intenção nunca foi ter um filho “para ela”, ter de anular o contrato e manter o filho. Hanna (2010) defende que a maioria dos pais deseja que os filhos sejam inteligentes e exercem pressão nesse sentido, no entanto, se os pais não cuidam e amam um filho com deficiência, então isto significa um problema de atitude, e não de Maternidade de Substituição. Os contratos deveriam atribuir a parentalidade ao casal contratante (e o eventual pagamento à mãe de substituição na sua totalidade), independentemente dos atributos físicos da criança.

Discussão

Ao analisar as implicações da Maternidade de Substituição surge, *a priori*, a limitação da maioria dos estudos disponíveis se dirigirem apenas às consequências para as mães de substituição, sendo que raramente se estudam as motivações de ambas as partes ou o impacto nos filhos resultantes. A generalização dos resultados é difícil, uma vez que os estudos são baseados em amostras muito selecionadas (van den Akker, 2007a). Os dados são habitualmente recolhidos durante a infância dos filhos resultantes de contratos de Maternidade de Substituição; não se conhecem as experiências e sentimentos dos pais contratantes e respectivos filhos, à medida estes crescem e se tornam capazes de compreender as circunstâncias do seu nascimento (MacCallum *et al.*, 2003). Nem sempre as teorias estudadas refletem a realidade, nomeadamente no que diz respeito às mães de substituição: falar sobre Maternidade de Substituição é muito diferente de ser mãe de substituição (Dermout *et al.*, 2010).

De forma a contornar estas dificuldades, no futuro, dever-se-á aumentar o número de participantes nos estudos e melhorar a sua participação voluntária nos questionários. Estudos a longo termo de acompanhamento das famílias, tanto a da mãe de substituição como a do casal contratante, deverão ser levados a cabo de forma a avaliar de forma precisa o impacto psicológico da Maternidade de Substituição (Shenfield *et al.*, 2005). Segundo Ciccarelli e Beckman (2005), quer as mães de substituição quer os pais contratantes terão interesse na otimização destes estudos, uma vez que irão promover a aceitação da Maternidade de Substituição através do desenvolvimento cognitivo e social.

Grande parte da controvérsia associada à Maternidade de Substituição está relacionada com o receio pelo desrespeito da autonomia da mãe contratada. Os pais contratantes deverão estar cientes de que a mãe de substituição tem o direito de tomar decisões acerca da gravidez,

mesmo que estas vão contra a sua vontade e contra as cláusulas assinadas no contrato (Shenfield *et al.*, 2005).

Quanto aos riscos médicos associados à Maternidade de Substituição, nenhum estudo foi ainda dirigido e publicado de forma a esclarecer adequadamente as mães de substituição, o que acaba por limitar o aconselhamento por parte do médico. No entanto, ao representar um maior risco de morbilidade e mortalidade materna e fetal, a gravidez na Maternidade de Substituição representa um bom modelo de estudo de interações imunológicas, que poderá, no futuro, fornecer dados importantes no aconselhamento de mulheres que pretendam ser mães de substituição.

O contrato gratuito ou oneroso continua a ser uma das maiores problemáticas e motivo de discórdia entre autores. O pagamento do contrato de Maternidade de Substituição poderá representar a liberdade reprodutiva da mulher, porém, existe o risco de exploração de mulheres económica ou socialmente desfavorecidas. Assim, Damelio e Sorensen (2008) propuseram a educação das mães de substituição de forma a promover a autonomia e a tomada de uma decisão deliberada e informada. O problema surge quando se pergunta quem deverá financiar este “curso”, com duração de seis a oito horas: o estado, os pais contratantes, a mãe de substituição ou o eventual seguro de saúde?

Apesar das *guidelines* elaboradas por certos Comitês Internacionais (FIGO e ACOG, por exemplo) com considerações éticas e aspetos legais da Maternidade de Substituição, assim como as orientações para promover a saúde física e psicológica de todos os envolvidos no contrato, estas recomendações não são usualmente seguidas (Clementina, 2011).

Enquanto alguns consideram a Maternidade de Substituição um “abuso das tecnologias reprodutivas” por parte de mulheres que desejam um filho a qualquer custo, perdendo-se assim a perceção de um filho como uma dádiva, outros centram a ligação entre mãe e filho no desejo de que o filho seja concebido, criando uma conexão que vai além da dimensão

biológica e redefinindo todo o conceito de maternidade (Clementina, 2011). Os fatores sociais, legais e financeiros têm um impacto decisivo na aceitação das tecnologias reprodutivas, particularmente da Maternidade de Substituição (Chliaoutakis *et al.*, 2002).

De forma a contornar os aspetos negativos desta modalidade reprodutiva, algumas soluções foram propostas de forma a tornar a Maternidade de Substituição “mais aceitável”. O aconselhamento psicológico é apontado por alguns autores como um elemento essencial para contornar muitas complicações. As sessões de aconselhamento deverão ser feitas individualmente a cada elemento envolvido no contrato, assim como em grupo, em diferentes tempos, deverão induzir uma reflexão ponderada e facilitar a tomada de decisões. Wert *et al.* (2011) refere que os profissionais responsáveis deverão garantir que a participação no processo é totalmente voluntária, proporcionar todo o apoio emocional necessário, clarificar o papel de cada elemento envolvido e gerir as expectativas de cada um. Deverão ainda ser discutidas estratégias para gerir conflitos que possam surgir entre as partes envolvidas, com familiares ou na sociedade. Por último, deverão ser discutidos os pormenores da revelação à criança, nomeadamente se esta ocorrerá, quando e como. O aconselhamento psicológico tem como objetivo auxiliar a mãe de substituição no ajuste dos pensamentos, sentimentos e comportamentos, assim como na reestruturação cognitiva. De acordo com as agências de Maternidade de Substituição estudadas por van den Akker (2007a), parece haver uma transição cognitiva saudável após a entrega do bebé, desde que ocorra o devido apoio psicológico. De acordo com o estudo desta autora, as mães de substituição gestacionais referiram que não conseguiriam entregar um bebé com o qual mantivessem ligação genética – a Maternidade de Substituição Gestacional parece ser mais aceite e ter menos consequências psicológicas e até legais.

O estudo de Dermout *et al.* (2010) mostra o exemplo de um Centro Holandês que apoia a Maternidade de Substituição não comercial: inicialmente são analisadas as motivações

dos contratantes, assim como o historial médico da candidata a mãe de substituição; de seguida é feita a avaliação de todos os candidatos (não esquecendo o marido/companheiro da mãe de substituição) em entrevista individual, juntamente com a aplicação de um teste de rastreio psicológico através de questionários; por fim existe uma discussão dos aspetos legais com advogados especializados, em que são abordadas as cláusulas contratuais. De acordo com a lei holandesa, a adoção só é aceite um ano após o nascimento da criança.

No Ordenamento Jurídico Português, qualquer contrato de Maternidade de Substituição, seja gratuito ou oneroso, é considerado nulo e punível. Porém, segundo Ascensão (2007), “a rejeição é feita pela lei com escassa lucidez”. Quando a lei considera a gestante como mãe legal da criança, pretende desencorajar o contrato, determinando o efeito contrário ao pretendido. O autor considera este pressuposto errado, uma vez que a prioridade é a criança, cujos interesses não são tidos em conta neste vínculo jurídico de filiação. Não parece que o legislador tenha previsto os casos em que o ócito provém da mãe contratante, tornando a interpretação problemática.

Enquanto que a ausência de regulamentação legal “deixa o desfecho do contrato na pura vontade das partes”, a proibição legal de todos os tipos de contrato não eliminaria os problemas legais e morais, podendo, por outro lado, estar a alimentar-se um mercado exterior – mercado negro de crianças. A proibição da Maternidade de Substituição de carácter comercial, sendo o contrato legal com base no altruísmo, levanta outro problema: “muitas vezes o altruísmo da mãe de substituição é coercivo, coercibilidade condicionada pela falta de poder económico da mulher, pela sua vulnerabilidade psicológica e pelo grau de dependência que apresenta face aos contratantes”.

Conclusões

Segundo as recomendações do *FIGO Committee Report* (2008), a Maternidade de Substituição é um método que utiliza técnicas de PMA, apenas aceitável por razões médicas, sendo reprovadas as motivações sociais. A autonomia da mãe de substituição deverá ser respeitada em qualquer fase do processo e o contrato não deverá ser comercial. O aconselhamento psicológico prévio e independente é fundamental para todos os envolvidos.

O direito de ter um filho, embora não seja constitucional, acaba por ser intuitivo e profundamente enraizado na sociedade. Independente da mudança social que possa vir a ocorrer e da magnitude da aceitação, a questão manter-se-á: até que ponto este direito se sobreporá sobre todos os outros e qual será o preço que cada um dos intervenientes pagará? (Clementina, 2011)

A Ética é um saber transdisciplinar, e abordar uma temática tão complexa não poderia ser equacionada sem recorrer a uma reflexão sócio-cultural e legal, que tente mostrar todos os ângulos da problemática.

Em suma, este trabalho leva-me a concluir que existe a necessidade de rever a atual lei da PMA, com já cinco anos, de forma a acompanhar a expansão crescente na utilização destas técnicas. A proibição total não impede a procura e concretização de contratos de Maternidade de Substituição e conduz inevitavelmente ao turismo reprodutivo, com agravamento da exploração das mulheres, ao mesmo tempo que acentua as diferenças económicas no acesso à Maternidade de Substituição. Por outro lado, ao ser aceite legalmente, apenas deverão ser considerados casos “a título excepcional” – existe uma clara distinção entre as situações de doenças que impossibilitam de forma definitiva e absoluta uma gravidez, de outro tipo de motivações.

Para mudar a lei, parece-me importante conhecer a opinião de um grupo da população esclarecido e em idade reprodutiva, pois, no fundo, seriam estes a beneficiar de uma possível alteração legislativa.

A escolha deste tema veio a revelar-se atual e pertinente, tendo em conta as inúmeras referências à Maternidade de Substituição na imprensa e a acesa discussão social sobre esta nova modalidade reprodutiva.

Referências Bibliográficas:

ACOG Committee Opinion (February 2008) Surrogate Motherhood. The American College of Obstetricians and Gynecologists, Vol. 111, No. 2, Part 1.

Adam A, Akhaladze V (2011) Parents and Children: “Surrogate” Paradigm of Modernity. Georgian Medical News, No. 6 (195), pp. 7-9

van den Akker OBA (2007a) Psychosocial aspects of surrogate motherhood. Human Reproductive Update, Vol. 13, No. 1, pp. 53-62

van den Akker OBA (2007b) Psychological trait and state characteristics, social support and attitudes to the surrogate pregnancy and baby. Human Reproduction, Vol. 22, No. 8, pp. 2287-2295

van den Akker OBA (1999) Organizational selection and assessment of women entering a surrogacy agreement in the UK. Human Reproduction, Vol. 14, No. 1, pp. 262-266

Ascensão JO (2007) A Lei n.º 32/06, sobre procriação medicamente assistida. Acedido em 26 de Dezembro de 2011, no site da Associação Portuguesa de Direito Intelectual:

<http://www.apdi.pt/pdf/LEI%2032-06%20PMA.pdf>

Associação Portuguesa de Fertilidade (2009) A Infertilidade é uma doença. Acedido em 18 de Novembro de 2011, em:

<http://www.apfertilidade.org/web/infertilidade>

Barcellos KLA, Andrade LEC (2004) Microquimerismo Fetal-Materno nas Doenças Reumáticas Auto-Imunes. Revista Brasileira de Reumatologia, Vol. 44, No. 1, pp. 53-61

Boiko FI (2011) Manipulation with Human Life and Surrogate Motherhood: Ethical Aspects and Moral Guidelines. Georgian Medical News, No. 6 (195), pp. 15-17

Carp HJA, Dirnfeld M, Dor J, Grudzinskas JG (2004) ART in recurrent miscarriage: preimplantation genetic diagnosis/screening or surrogacy? *Human Reproduction*, Vol. 19, No. 7, pp. 1502-1505

Chliaoutakis JE, Koukouli S, Papadakaki M (2002) Using attitudinal indicators to explain the public's intention to have recourse to gamete donation and surrogacy. *Human Reproduction*, Vol. 17, No. 11, pp. 2995-3002

Ciccarelli JC, Beckman LJ (2005) Navigating Rough Waters: An Overview of Psychological Aspects of Surrogacy. *Journal of Social Issues*, Vol. 61, No. 1, pp. 21-43.

Clementina P (2011) Gestational Surrogacy: Could be a way to reproduction? Pros and Cons. *Georgian Medical News*, No. 6 (195), pp. 11-13

Damelio J, Sorensen K (2008) Enhancing Autonomy in Paid Surrogacy. *Bioethics*, Vol. 22, No. 5, pp. 269-277

Dermout S, van de Wiel H, Heintz P, Jansen K, Ankum W (2010) Non-commercial surrogacy: an account of patient management in the first Dutch Centre for IVF Surrogacy from 1997 to 2004. *Human Reproduction*, Vol. 25, No. 2, pp. 443-449

Diário da República (2006) : Lei nº 32/2006, de 26 de Julho. Procriação Medicamente Assistida. Acedido em 26 de Dezembro de 2011, em:

<http://dre.pt/pdf1sdip/2006/07/14300/52455250.pdf>

Dondrop W, Wert G, Pennings G, Shenfield F, Devroey P, Tarlatzis B, Barri P (2010) Lifestyle-related factors and access to medically assisted reproduction. *Human Reproduction*, Vol. 00, No. 0, pp. 1-6

FIGO Committee Report (2008) FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 102, pp. 312-313

Folha de Portugal (2011) Turismo Reprodutivo – Indianas são as mais procuradas. Acedido em 31 de Dezembro de 2011, em: <http://folhadeportugal.pt/?p=5020>

Goldfarb JM, Austin C, Peskin B, Lisbona H, Desai N, Loret de Mola JR (2000) Fifteen years experience with an in-vitro fertilization surrogate gestational pregnancy programme. *Human Reproduction*, Vol. 15, No. 5, pp. 1075-1078

Golombok S, Murray C, Jadva, 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*, Vol. 21, No. 7, pp. 1918-1924

Hanna JKM (2010) Revisiting Child-Based Objections to Commercial Surrogacy. *Bioethics*, Vol. 24, No. 7, pp. 341-347

Humbyrd C (2009) Fair Trade International Surrogacy. *Developing World Bioethics*, Vol. 9, No. 3, pp. 111-118

Jadva V, Murray C, Lycett E, MacCallum F, Golombok S (2003) Surrogacy: the experiences of surrogate mothers. *Human Reproduction*, Vol.18, No. 10, pp. 2196-2204

La Vita Felice – Surrogate Motherhood Centre. Acedido em 31 de Dezembro de 2011, em: <http://mother-surrogate.com/>

MacCallum F, Lycett E, Murray C, Jadva V, Golombok S (2003) Surrogacy: The experience of commissioning couples. *Human Reproduction*, Vol. 18, No. 6, pp. 1334-1342

Mastroianni LJ et al (2004). *Reproductive Technologies*. Encyclopedia of Bioethics, 3ª ed: 2291-2295. Cleveland, USA. Stephen Garrard Post.

Ordem dos Médicos: Novo Código Deontológico. Acedido em 05 de Janeiro de 2012 em:
<https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=9c838d2e45b2ad1094d42f4ef36764f6&id=cc42acc8ce334185e0193753adb6cb77>

Patrão-Neves MC, Lima M (2005) Bioética ou bioéticas – na evolução das sociedades. Edição luso-brasileira. Coimbra. Gráfica de Coimbra e Centro Universitário São Camilo

Pennings G, Wert G, Shenfield F, Cohen J, Tarlatzis B, Devroey P (2007) ESHRE Task Force on Ethics and Law 13: the welfare of the child in medically assisted reproduction. Human Reproduction, Vol. 22, No. 10, pp. 2585-2588

Pinheiro JD (2005) Procriação Medicamente Assistida. Acedido em 27 de Dezembro de 2011, em:

<http://balzaca.info/biologia/downloads/Debate%20aulas/procriacaomedicamenteadistida.pdf>

Poote AE, van den Akker OBA (2009) British women's attitudes to surrogacy. Human Reproduction, Vol. 24, No. 1, pp. 139-145

Raposo VL (2005) De Mãe para Mãe: Questões Legais e Éticas Suscitadas pela Maternidade de Substituição. Coimbra: Centro de Direito Biomédico da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra

Rostos.pt: Empréstimo benévolo do útero mais próximo de ser legalizado em Portugal. Acedido em 5 de Janeiro de 2012, em:

<http://www.rostos.pt/inicio2.asp?cronica=96304&mostra=2&seccao=moldura&titulo=Emprestimo-benevolo-do-utero-mais-proxim>

Shenfield F, Pennings G, Cohen J, Devroey P, Wert G, Tarlatzis B (2005) ESHRE Task Force on Ethics and Law 10: Surrogacy. Human Reproduction, Vol. 20, No. 10, pp. 2705-2707

Teman E (2008) The social construction of surrogacy research: An anthropological critique of the psychosocial scholarship on surrogate motherhood. Social Science & Medicine, No. 67, pp. 1104-1112

The Bertarelli Foundation Scientific Board (2000) Public perception on infertility and its treatment. *Human Reproduction*, Vol. 15, No. 2, pp. 330-334

The London Bridge Fertility, Gynaecology and Genetics Centre (2011) About Infertility. Acedido em 17 de Dezembro de 2011, em:

http://www.thebridgecentre.co.uk/04_causesofinfertility/about.htm

Wattendorf DJ, MAJ, MC, USAF, Muenke M, M.D. (2005) Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *American Family Physician*, 15;72(2): 279-285. Acedido em 17 de Dezembro de 2011, em: <http://www.aafp.org/afp/2005/0715/p279.html>

Wert G, Dondorp W, Pennings G, Shenfield F, Devroey P, Tarlatzis B (2011) Intrafamilial medically assisted reproduction. *Human Reproduction*, Vol. 26, No. 3, pp. 504-509

van Zyl L, van Niekerk A (2000) Interpretations, perspectives and intentions in surrogate motherhood. *Journal of Medical Ethics*, 26, pp. 404-409