

**DESVELANDO A GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO:
AS EXPERIÊNCIAS DAS MULHERES “BARRIGAS SOLIDÁRIAS”**

Susan Lusca da Silva

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-graduação em Psicologia
Porto Alegre, junho de 2019

**DESVELANDO A GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO:
AS EXPERIÊNCIAS DAS MULHERES “BARRIGAS SOLIDÁRIAS”**

Susan Lusca da Silva

Dissertação de Mestrado apresentado como exigência parcial
à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, sob orientação da Profa. Rita de
Cássia Sobreira Lopes, PhD

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-graduação em Psicologia
Porto Alegre, junho de 2019

Quando uma criatura humana desperta para um grande sonho e sobre ele lança toda a força de sua alma, todo o universo conspira a seu favor.

Johann Wolfgang von Goethe

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todas as pessoas que tornaram possível a realização dessa dissertação e que acreditaram em mim, apoiando-me durante todo o percurso do mestrado.

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Sobreira Lopes, que me acolheu desde a minha chegada à universidade e que sempre se mostrou muito sensível e empática às minhas demandas. Obrigada também pela paciência, por respeitar o meu tempo de escrita e de construção dessa dissertação. Certamente, sem o seu acolhimento e sensibilidade esse trabalho não seria possível.

Às professoras componentes da banca, Dr^a. Isabela Machado da Silva e Dr^a. Tagma Marina Schneider Donelli, por suas importantes contribuições ao projeto desta dissertação que foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho.

Ao Prof^o. Dr. César Augusto Piccinini, pela relatoria desta dissertação e por sua leitura perspicaz e sensível.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRGS.

Aos amigos e colegas do NUDIF que me acompanharam e me ajudaram durante toda a jornada da pós-graduação, especialmente, a amiga Amanda Schöffel Sehn que sempre se mostrou disponível para me auxiliar.

Aos meus pais que sempre estiveram ao meu lado em todos os momentos me dando suporte, amor, carinho e atenção. Ensinarão-me a dar valor às coisas mais singelas e a refletir sobre o que realmente é importante para ser feliz. Obrigada por sempre confiarem e acreditarem em mim.

Ao Gustavo Vergani Dambrós, por ser tão gentil, empático e amável comigo. Também, por estar sempre presente me apoiando em todas as minhas iniciativas e trajetórias, encorajando-me nos momentos de fraqueza e me mostrando que tudo na vida tem seu lado belo e bom.

À minha tia Edi Maria Alnoch e prima Ana Carolina Dauve por me apoiarem e serem tão atenciosas comigo.

Aos meus amigos do mestrado, Ana Clara de Paula Nazareth e Henrique Abe Ogaki que contribuíram para que essa caminhada fosse mais leve, rica e cheia de aprendizado,

À CNPq, pelo auxílio financeiro durante o mestrado.

E por fim, a todas as participantes deste estudo que se dispuseram a conversar comigo e relatar suas experiências contribuindo para a minha formação, para a produção científica em

Psicologia, mas principalmente, por me ensinarem que cada gestação é única e repleta de significados.

SUMÁRIO

RESUMO.....	7
ABSTRACT.....	8
CAPÍTULO I	
INTRODUÇÃO	
1.1 Apresentação.....	9
1.2 A gestação de substituição no contexto da reprodução assistida.....	9
1.3 As regulamentações legais da gestação de substituição no Brasil e em outros países.....	18
1.4 A experiência da gestação substituição de substituição para as mulheres “barrigas solidárias”.....	23
1.5 Justificativa e objetivo do estudo.....	28
CAPÍTULO II	
MÉTODO	
2.1 Participantes.....	30
2.2 Delineamento e procedimentos.....	30
2.3 Instrumentos e materiais.....	31
2.4 Considerações éticas.....	32
2.5 Análise dos dados.....	32
CAPÍTULO III	
A GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO DAS MULHERES “BARRIGAS SOLIDÁRIAS”	
3.1 Caso 1: Fantine: “Um amor de tia e não de mãe.”.....	34
3.1.1 Breve apresentação da história da mulher que foi “barriga solidária” e impressões gerais da pesquisadora.....	34
3.1.2 A proposta em ser “barriga solidária”.....	35
3.1.3 A experiência da gestação de substituição da mulher “barriga solidária”.....	41
3.1.4 Síntese e considerações sobre o caso.....	53
3.2 Caso 2: Elisabete: “Não tem nada a ver com relação de mãe... mas eu tenho uma relação sim de querer ver ele bem.”.....	55
3.2.1 Breve apresentação da história da mulher que foi “barriga solidária” e impressões gerais da pesquisadora.....	54
3.2.2 A proposta em ser “barriga solidária”.....	56
3.2.3 A experiência da gestação de substituição da mulher “barriga solidária”.....	61
3.2.4 Síntese e considerações sobre o caso.....	81
3.3 Caso 3: Sabrina: “Tia e madrinha, jamais uma segunda mãe.”.....	85
3.3.1 Breve apresentação da história da mulher que foi “barriga solidária” e impressões gerais da pesquisadora.....	83

3.3.2 A proposta em ser “barriga solidária”.....	83
3.3.3 A experiência da gestação de substituição da mulher “barriga solidária”.....	90
3.3.4 Síntese e considerações sobre o caso.....	107

CAPÍTULO IV

DESVELANDO A GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO

4.1 A decisão de ser “barriga solidária”.....	109
4.2 A experiência da gestação de substituição das mulheres “barrigas solidárias”.....	115
4.3 Considerações finais.....	126

REFERÊNCIAS.....	129
------------------	-----

ANEXOS.....	140
Anexo A.....	140
Anexo B.....	142
Anexo C.....	144
Anexo D.....	156

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo desvelar a experiência da gestação de substituição de mulheres “barrigas solidárias”, considerada uma técnica de reprodução assistida. Trata-se de uma pesquisa retrospectiva, de estudo de casos múltiplos, envolvendo a experiência de gestação de três mulheres que sub-rogaram seus úteros para gestar o embrião de um casal heterossexual. As mulheres “barrigas solidárias” foram entrevistadas, por meio de entrevista semiestruturada. Para cada caso, foi construído um relato clínico, por meio do qual foi possível visualizar a singularidade da experiência da gestação de substituição de cada mulher. São destacados os desafios de emprestar o próprio corpo para gestar um filho que não é seu, comunicados pelas gestantes e traduzidos pela pesquisadora. A empatia em relação ao sofrimento da irmã ou amiga, impossibilitada de gestar o filho em seu próprio corpo, foi o principal motivador que impulsionou as mulheres a serem “barrigas solidárias”. A proposta de ser “barriga solidária” ocorreu dentro de um percurso singular, para o qual contribuiu o relacionamento que ela mantinha com o casal previamente à experiência, bem como as circunstâncias de vida em que ocorreu a proposta de ser barriga solidária. Discute-se o fato de que, ao aceitar fazer a gestação de substituição para realizar o desejo de uma mulher ou de um homem de ter um filho, a mulher “barriga solidária” não se dá conta desses desafios, lançando-se ao desconhecido. Essa experiência é elaborada e reconhecida somente em um *a posteriori*, especialmente no momento do parto, em que aparecem medos primitivos de morte e solidão, bem como tomada de consciência das transformações no próprio corpo.

Palavras-chave: Gestação de substituição, reprodução assistida, gestante substituta.

ABSTRACT

The objective of the present study is to unveil the experience of the gestation of women replacing "solidary bellies" considered as a assisted reproduction technique. This is a retrospective multiple-case study involving the gestational experience of three women who subrogated their wombs to conceive the embryo of a heterosexual couple. The women "solidary bellies" were interviewed through a semi-structured interview. For each case, a clinical report was constructed, through which it was possible to visualize the singularity of the gestation experience of each woman's replacement. The challenges of lending the body to gestating a child that is not their own, communicated by the pregnant women and translated by the researcher, are highlighted. The empathy with the sister's suffering, unable to raise the child in her own body, was the main motivator that pushed women to be "solidarity bellies." The proposal to be a "solidarity belly" took place within a singular path, to which contributed the relationship she had with the couple prior to the experience, as well as the circumstances of life in which the proposal to be a "solidary belly". It is discussed the fact that, when accepting to make the gestation of substitution to realize the desire of a woman or a man to have a child, the woman "solidary belly" does not realize these challenges, throwing herself into the unknown. This experience is elaborated and acknowledged only in an *a posteriori*, especially at the time of childbirth, in which primitive fears of death and loneliness appear, as well as awareness of the transformations in the body itself.

Keywords: Surrogacy, human assisted reproduction, surrogate mother.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação

Enraizado no inconsciente e presente já desde as primeiras brincadeiras infantis, o desejo de maternidade participa da vida de muitas mulheres. O desejo de maternidade muitas vezes se materializa no desejo de ter um filho biológico. No entanto, há casos em que a mulher não consegue sustentar uma gestação, mesmo após ter recorrido às Técnicas de Reprodução Assistida. Em alguns desses casos, elas optam por recorrer a outras mulheres, que virão a ser o “útero de substituição” para a gestação do seu embrião. Dessa forma, a gestação de substituição ou sub-rogação de útero é uma alternativa aos métodos tradicionais de fertilização.

Devido a esse processo diferenciado de gestação ser relativamente novo, as repercussões emocionais dessa experiência de gestação, tanto para as mulheres que gestam quanto para o bebê, são ainda pouco conhecidas ou pouco estudadas pela Psicologia. Assim, o presente estudo pode ser considerado pioneiro no cenário brasileiro, pois não foram encontrados estudos semelhantes nas plataformas de buscas IndexPsi, Scielo, Google Scholar e Bvs-Psi com amostras brasileiras e com enfoque psicológico, usando os descritores “*surrogacy*”, “*surrogate mother*”, “gestação de substituição” e “barriga solidária”.

Assim, o foco deste trabalho é compreender a experiência de gestação para a mulher “barriga solidária”, que empresta seu útero e gesta o bebê para um casal heterossexual. Inicialmente, serão abordados estudos que têm como foco aspectos relacionados à gestação de substituição no contexto da reprodução assistida. Posteriormente, será aprofundada a temática das regulamentações legais da gestação de substituição no Brasil e em outros países e, por fim, serão apresentados alguns estudos cujo foco foram as transformações físicas e psicológicas provocadas pela gestação de substituição no corpo e na vida da mulher.

1.2 A gestação de substituição no contexto da reprodução assistida

Na tentativa de realizar o desejo de ter um filho e de engravidar, algumas mulheres ou seus parceiros acabam se deparando com um diagnóstico de infertilidade. Devido a alguns fatores, sejam eles psicológicos ou orgânicos, algumas mulheres não conseguem conceber naturalmente, o que pode ocasionar frustrações e sofrimento aliados à pressão social e cultural, na qual a mulher ainda é convocada a tornar-se mãe, apesar do avanço das ideias

feministas na desconstrução da maternidade idealizada (Tomaz, 2015; Scavone, 2001; Espindola et al, 2006).

Segundo a *World Health Organization* (WHO) (2009), a infertilidade se caracteriza pela impossibilidade de engravidar e de manter uma gestação a termo, pelo período que se estende por 12 meses ou mais, apesar das relações sexuais sem o uso de contracepção. Há inúmeros casos de casais que tentam ter filhos por anos e acabam se frustrando por não obterem resultados. Estima-se que 80 milhões de pessoas enfrentam esse problema. A incapacidade de conceber naturalmente um filho acaba por repercutir de forma mais intensa nos casais, considerando que, na cultura ocidental, a não maternidade pode assumir diversos sentidos, particularmente para as mulheres (Espindola et al, 2006; Vayena, Rowe & Griffin, 2001). Assim, o diagnóstico de infertilidade poderá iniciar uma crise na vida conjugal, pois provocará uma redefinição de suas identidades e de papéis pessoais e conjugais, tendo como consequência o luto pela perda do corpo saudável e o medo do fim do relacionamento (Lins, Patti, Peron & Barbieri, 2014).

Não ter descendentes pode significar a não realização de um potencial, provocando sensação de impotência e de marginalização, por se desviarem de uma norma cultural e social, enaltecendo uma significativa distinção entre essas mulheres e as mulheres-mães (Espindola et al, 2006). Devido às transformações sociais, principalmente as relacionadas ao mercado de trabalho, muitas mulheres projetam determinados sonhos para serem realizados após a estabilização financeira e educacional delas. A maternidade é, especialmente, um desses desejos postergados. Observa-se que, nos casos das mulheres que optam por engravidar após os 35 anos, o organismo biológico pode atrasar o seu sonho de maternidade, pois sabe-se que após essa idade ocorre uma redução da fertilidade feminina. Além disso, aspectos psicológicos como ansiedade e insegurança também podem interferir no processo de concepção (Caspitrano & Goetz, 2011).

Além disso, a infertilidade também provoca rupturas no percurso de desenvolvimento pessoal, feridas narcísicas que alteram a vida do sujeito, seu modo de agir e que reverberam nos relacionamentos sociais, profissionais e sexuais (Lins, Patti, Peron & Barbieri, 2014). Logo, ser infértil pode alterar a representação que a mulher tem de sua autoimagem feminina, pois geralmente costuma atingir a maneira como elas se veem e sentem em relação a sua pessoa. Ainda, além de provocar baixa autoestima, o diagnóstico é percebido como um defeito que faz com que as mulheres se sintam sem valor, afetando outras áreas de sua vida. Devido a essa ideia de incapacidade ou anormalidade, muitas

mulheres se sentem envergonhadas, já que para a sociedade, elas são consideradas as responsáveis pelo fracasso ou sucesso da reprodução (Leite & Frota, 2014).

Assim, para essas mulheres que não conseguem engravidar naturalmente, existe a alternativa de recorrer às técnicas de reprodução assistida (TRA) para a realização desse desejo. Esses recursos podem ser a única forma viável para a concepção. Também, é importante mencionar que a reprodução assistida nos aproxima de questões relacionadas às representações sociais e inconscientes que um filho biológico tem em relação ao desejo do casal em gerar um bebê (Leite & Frota, 2014). Em todas as culturas, o filho biológico é visto como uma continuidade dos pais, um ser que garantirá a manutenção das gerações da família. Logo, é frequente que se busque nesse novo ser a oportunidade de transcendência dos pais, considerando que ele é a perpetuação da existência do casal (Leite & Frota, 2014). Por fim, a reprodução assistida oferece uma oportunidade de observar as articulações entre o desejo de gestar um bebê e o feminino, partindo-se do pressuposto de que as mulheres com problemas para engravidar são constantemente perpassadas por esse desejo (Leite & Frota, 2014).

Devido ao desenvolvimento da biotecnologia, a reprodução humana assistida (RHA) ou, simplesmente, reprodução assistida (RA) se tornou uma opção para as mulheres que, apesar das tentativas frustradas de engravidar naturalmente, ainda estavam motivadas a realizar o desejo de ter um filho. Estudos mostram que um em cada seis casais têm problemas com fertilidade e, para 20% deles, a única opção é recorrer aos recursos de reprodução assistida (Teloken & Badalotti, 2002). Para WHO (2009), as TRA se caracterizam pelo conjunto de procedimentos e tratamentos que visam promover a gestação através da manipulação de gametas femininos e masculinos. Trata-se, ainda, de todos os serviços e recursos disponíveis nas clínicas de reprodução por parte de biomédicos e médicos, a fim de realizar a fertilização (Corrêa & Loyola, 2015). Portanto, elas viabilizam a fecundação quando a mesma não ocorre pelo processo natural (Silva, 2006; Dornelles & Lopes, 2011). Em resumo, segundo Sedeño e Sánchez (2014), as TRA são todos procedimentos que envolvem a manipulação de óvulos e espermatozoides humanos com o objetivo de gerar um embrião. Além disso, é importante destacar que para os autores Oliveira e Terzis (2011), os avanços científicos voltados à área da reprodução humana contribuem não apenas para a questão da infertilidade, mas também se constitui como uma alternativa àqueles casais que optam por terem filhos quando já não se encontram em idade reprodutiva.

Há inúmeras técnicas e as mesmas são utilizadas de acordo com a especificidade de cada paciente e seu contexto. Entre as principais estão a Fertilização *in Vitro* (FIV), Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI), a Inseminação Intrauterina (IU), a Doação de Gametas (GIFT) e a Gestação de Substituição, conhecida como “barriga de aluguel” ou “barriga solidária” (Ferriani & Navarro, 2004; Corrêa & Loyola, 2015). Segundo a WHO (2009), a fertilização *in vitro* é um processo complexo que possibilita a fusão gamética em laboratório, ou seja, o encontro de gametas ocorre a nível extracorpóreo. Na FIV clássica, os óvulos e espermatozoides são coletados separadamente e incubados em conjunto na temperatura e ambiente adequados para que ocorra a fecundação. Após a formação do zigoto, ele é transferido para o aparelho reprodutor feminino em conformidade com o seu estágio de desenvolvimento celular (Ferriani & Navarro, 2004; Lima, 2004; Lozanski, 2014). Além disso, a FIV pode ser realizada também a partir da ICSI que se caracteriza por colocar apenas um espermatozoide no citoplasma do ovócito (WHO, 2009). Essa é a técnica mais utilizada atualmente e é a primeira indicação para casais cujo homem tem infertilidade (Figueiredo, 2005; Izzo & Izzo, 2004). Em relação a IU, essa técnica se caracteriza pela inserção de espermatozoides no interior do útero com o uso de aparelhos específicos. Nos casos de doação de gametas, são doados óvulos e espermatozoides para bancos especializados que virão a torná-los disponíveis para as pessoas interessadas em realizar a fertilização. Por último, a gestação de substituição se refere ao processo de uma mulher ceder momentaneamente seu útero para receber o embrião e gestá-lo para outra pessoa (Ferriani & Navarro, 2004).

Após o êxito da FIV e o nascimento do primeiro “bebê de proveta” na Inglaterra em 1978, começaram a surgir preocupações a respeito do uso dessas técnicas consideradas invasivas aos corpos das mulheres (Steptoe & Edwards, 1978; Fernández Jimeno, 2016). Apesar de as TRA serem um recurso utilizado há muitos anos, elas ainda são tema de discussões no mundo todo, pois envolvem complexas questões éticas, como o sigilo da identidade dos doadores de gametas, o direito dos pais sobre o registro dos filhos concebidos pelas técnicas e a possibilidade de pagamento à mulher, que gestará o embrião em caso de gestação por substituição, por exemplo (Gallo & Gracindo, 2016). Ainda, muitos pacientes projetam na clínica de fertilização a solução para os problemas de fertilidade, vendo a instituição como a única alternativa que poderá salvá-los dessa situação. Dessa forma, há um investimento libidinal na instituição como se esse local fosse prover todos os cuidados necessários e também acolher as demandas físicas e emocionais do casal provenientes da frustração em não conseguirem conceber naturalmente. Essa ilusão de onipotência que

determinados casais têm da clínica poderá causar mais sofrimento e angústia nos casos em que, após inúmeras tentativas de fertilização, a gestação não se concretizar (Corrêa, 2000).

Segundo Loyola (2003), a partir do estabelecimento da relação entre os procedimentos técnicos e a concepção de seres humanos, o contexto dos genitores se modificou. Houve um deslocamento e ampliação do tempo e espaço da concepção e gestação, para além do espaço do corpo com impacto na vivência da reprodução natural. Ainda, há aqueles casos em que há exteriorização tanto do processo de fertilização como do processo gestacional. Além disso, os indivíduos envolvidos na reprodução assistida estão em maior número e com atribuições diferenciadas, onde ambiente e os materiais orgânicos fundamentais à concepção não estão sob o controle apenas do casal. A reprodução se modifica, deixando de ser uma cena íntima apenas do casal para se tornar uma cena compartilhada e um ato médico (Loyola, 2003). Para Braga e Amazonas (2005), o casal é invadido intimamente e de diversas formas. Da mesma maneira, passam a compartilhar vivências de culpabilização e ressentimentos. Os planos e objetivos de suas vidas tendem a se tornar apenas um: ter um filho.

É importante ressaltar que a RA contribui para a desconstrução social de paradigmas tradicionais, como a configuração familiar, considerada ideal, constituída por um pai, uma mãe e pelos filhos. Logo, o uso das TRA oferece a oportunidade às famílias com diferentes arranjos, a vivência da gestação, assim como da maternidade e da paternidade, provocando novas inscrições na sociedade e nas áreas jurídicas, institucionais e afetivas (Teixeira, Parente & Boris, 2009).

No Brasil, existem ainda poucas pesquisas, especialmente longitudinais, sobre o processo de transição para a parentalidade em homens e mulheres que passaram por essa experiência de reprodução assistida. O Núcleo de Infância e Família (NUDIF), da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) destaca-se no cenário nacional, com diversas pesquisas longitudinais e transversais envolvendo a RA, desenvolvidas a partir de um projeto guarda-chuva intitulado “Transição para a parentalidade e a relação conjugal no contexto da reprodução assistida: Da gestação ao 1º ano de vida do bebê” (Lopes, Piccinini, Dornelles, Silva & Passos, 2007). O objetivo principal desse projeto foi investigar as expectativas, os sentimentos e as vivências de casais que tiveram filhos concebidos através das TRA, no período de transição para a parentalidade, desde a gestação até o primeiro ano de vida do bebê. Os artigos escritos pelos pesquisadores têm contribuído significativamente para a compreensão do fenômeno e do impacto emocional na vida dos sujeitos que o experienciam.

Por exemplo, em um dos estudos desenvolvidos, foram investigadas as expectativas e sentimentos de seis mulheres que estavam passando por tratamento de fertilização assistida (Spotorno, Silva & Lopes, 2008). As participantes do estudo possuíam entre 22 e 37 anos e foram entrevistadas a respeito de seus sentimentos e expectativas, por meio de uma entrevista semi-estruturada. Os resultados apontaram que experienciar a infertilidade é algo doloroso para o casal. Além disso, essa experiência é perpassada por diversos sentimentos como ansiedade, tristeza, vergonha e sensação de incompetência. Ainda, as mulheres revelaram que se sentiam muito solitárias na trajetória do tratamento e que não havia intensa participação do parceiro nesse processo. O estudo de Dornelles e Lopes (2010) investigou, por meio de entrevistas semi-estruturadas, os desafios da maternidade no contexto da reprodução medicamente assistida, da gestação ao terceiro mês de vida do bebê. Foi realizado um estudo de caso coletivo, com três mulheres. Os resultados revelaram que as transformações sofridas pelas mulheres no seu percurso da gestação foram permeadas por sentimentos de incompetência em relação aos cuidados dispensados ao bebê e pelo temor de que ele não fosse sobreviver, pois o nascimento prematuro do bebê ocorreu nos três casos pesquisados. Já no período após o nascimento, o medo de perder o bebê foi diminuindo, permitindo que as mães acreditassem mais em si mesmas, na sua capacidade para cuidar e assegurar a sobrevivência do filho.

Realizou-se, também, uma pesquisa envolvendo a relação conjugal no contexto da reprodução assistida durante a gestação, com três casais que passaram por tratamento com TRA e foram entrevistados durante o terceiro trimestre de gestação (Silva & Lopes, 2011). Tratou-se de um estudo de caso coletivo e os dados foram coletados a partir de entrevistas semiestruturadas e individuais. Três categorias que emergiram da análise de conteúdo qualitativa como a coesão, a comunicação e a sexualidade, nortearam a análise e discussão dos dados levando-se em consideração a relação conjugal durante o tratamento e ao longo do período da gestação. O tratamento se revelou como um potencializador de problemas nas três áreas mencionadas. No período gestacional, a principal adversidade estava relacionada à sexualidade, porém os participantes perceberam o crescimento da coesão e diminuição das divergências. Dessa forma, evidenciou-se que as três áreas interagem de tal forma que apenas uma delas pode contrabalancear os entraves nas demais como colaborar para que elas funcionem.

Ainda, foi desenvolvido um estudo por Sonego e Lopes (2016) que acompanhou o percurso individual e subjetivo de um homem em direção a paternidade no contexto da

reprodução assistida. A pesquisa teve caráter longitudinal, dessa forma, a coleta de dados foi realizada no terceiro trimestre de gestação, no terceiro mês de vida do bebê e ao final do primeiro ano de vida do bebê. O participante havia se submetido ao processo de fertilização *in vitro* junto com sua esposa e a infertilidade foi diagnosticada nos dois indivíduos. A partir da análise de dados através do relato clínico, os resultados demonstraram que receber o diagnóstico de infertilidade e percorrer a trajetória da paternidade demandam tempo para a elaboração dessas vivências. Além disso, o percurso deste homem foi marcado por desafios e também por encantamentos e foi possível observar que conviver com o bebê foi um fator fundamental para que o ele se reconhecesse, paulatinamente, como pai e que se apropriasse do desejo de paternidade. Ainda, à medida que convivía com a filha, o diagnóstico da infertilidade e o tratamento pareciam passar cada vez menos a vivência desse pai.

Cabe ressaltar que cada trabalho buscou aprofundar alguns dos inúmeros aspectos que compõem as vivências de mulheres ou do casal no contexto da RA. Assim, esses estudos ampliaram a discussão da temática, deixando também em aberto outras possibilidades de pesquisas futuras. Destaca-se ainda, que os estudos do NUDIF sempre buscam colaborar com a área do Desenvolvimento Humano na Psicologia, estudando as dinâmicas dos fenômenos e das relações interpessoais principalmente.

Atualmente, o avanço tecnológico e a facilidade de acesso às novas tecnologias têm provocado transformações nas relações e no comportamento humano, principalmente no que se refere à reprodução. Porém, há casos em que o útero da mulher não é capaz de sustentar uma gestação, após de ter passado pelas TRA (Shuster, 1992). Em alguns desses casos, elas optam por recorrer a outras mulheres para uma “gestação de substituição”. Essa opção é considerada, frequentemente, a última alternativa do casal em sua busca por se tornarem pai e mãe após um longo período de tentativas frustradas. Dessa forma, a gestação de substituição ou sub-rogação de útero é uma alternativa aos métodos tradicionais de fertilização (Shuster, 1992). Esse tipo de gestação consiste em um modelo de reprodução no qual uma mulher é fecundada e responsabilizada por gestar o bebê para outra mulher, impossibilitada de fazê-lo por problemas de fertilidade ou por contraindicações médicas (Shuster, 1992; Milliez, 2008; Brinsden, 2003). Logo, a gestante substituta é essa mulher que gestará o bebê para o casal, ou seja, para os pais legais do bebê, concordando em entregá-lo imediatamente após o seu nascimento (McGnaughton, 1992).

A gestação de substituição está incluída entre as técnicas de reprodução assistida (TRA) e tem ajudado muitas pessoas a iniciarem uma família. Ela é uma opção no tratamento

de mulheres que têm problemas de saúde ou que não possuem mais útero, possibilitando que as mesmas tenham bebês com seu material genético. Apesar dessas questões médicas, algumas mulheres continuam capazes de produzir gametas que podem ser utilizados na FIV (Brindesden, 2003). É importante ressaltar que esse é um dos procedimentos mais controversos no campo da reprodução assistida, e poucos estudos retratam suas consequências (Ciccarelli & Bekman, 2005; Jadva, Murray, Lycett, MacCallum & Golombok, 2003).

A gestação de substituição é mais antiga do que os estudos publicados sobre a temática. Embora o primeiro caso registrado da história date o ano de 1954 (Smulker & Algen, 1989), há indícios de que já teria ocorrido entre os babilônios (Postgate, 1992) e entre os hebreus (Harrison, 1990). Na Bíblia, através de uma passagem contida em Gênesis 16:1-15, é possível refletir a respeito de como as pessoas, em uma época em que ainda não tinham acesso às tecnologias, recorriam a outros meios para poder realizar o desejo de ter filhos. Nesse trecho, Sara, a mulher de Abraão, diz a ele para que procure sua serva Hagar e a engravide para que Sara possa formar uma família através dela. Assim, Abraão realiza o desejo de sua mulher, garantindo a descendência de sua linhagem.

A palavra “*surrogate*”, que originou o termo usado para se referir à gestação de substituição, tem sua origem na palavra latina “*surrogatus*” que significa “substituto”, ou seja, “um indivíduo que executa uma ação por outra pessoa” (Basha, 2017). Nos estudos publicados internacionalmente e em inglês, é observado o uso do termo “*surrogacy*” para se referir a esse processo diferenciado de gestação e que em português significa “maternidade por substituição” segundo o *Cambridge Dictionary online* (2019). Para se referir à mulher que realiza o empréstimo do próprio útero, é utilizado o termo “*surrogate mother*” que traduzido pelo mesmo dicionário citado significa “mãe de aluguel”. Segundo o Conselho Federal da Suíça (2013), em países de língua francesa é comum observar o termo “*maternité de substitution*” também traduzido como “maternidade de substituição” e “*mère porteuse*” que significa “mãe portadora” utilizado para designar a mulher que gestará o filho para outrem. O termo “gestação de substituição” é um dos termos regularmente utilizados nos trabalhos publicados em língua portuguesa (Silva, 2011). Encontra-se, também, o uso dos termos “maternidade de sub-rogação” e “gestação substituta”, mas com menos frequência (Chagas & Nogueira, 2013; Luna 2005). Além disso, comumente usa-se o termo “gestante de

substituição” ou “gestante substituta¹” para se referir a mulher que emprestará momentaneamente o útero.

A gestação de substituição pode ser caracterizada de duas formas: genética e gestacional. A genética, também conhecida como clássica ou parcial é aquela na qual a gestante substituta, além de emprestar seu útero e gestar o embrião, doou seus gametas ao casal para que a concepção fosse realizada. Dessa forma, a concepção é efetuada por inseminação artificial usando espermatozoides do homem que pretender ser o pai do bebê e os óvulos da gestante substituta (Benshushan & Schenker, 1997; Javda et al., 2003; Bhatia, Martindale, Rustamov, & Nysenbaum, 2009). No caso da gestação de substituição gestacional ou total, a concepção acontece na clínica de reprodução usando FIV e o embrião pode ser concebido a partir dos gametas do casal que pretende ser os pais do bebê ou através de gametas de doadores. Cabe salientar que, neste caso, o embrião não terá material genético da gestante substituta. Após determinado período de maturação, ele é inserido na cavidade uterina da gestante substituta para que possa se desenvolver (Brinsden, 2003; Javda et al., 2003; Javda, Nakash & Herdiman, 2007; Javda, Blake, Casey & Golombok, 2012). Além disso, destaca-se que, tanto na gestação de substituição genética quanto na gestacional, as gestantes substitutas podem ser previamente conhecidas ou totalmente desconhecidas do pai ou da mãe da criança (Javda, Blake, Casey & Golombok, 2012). Salienta-se que cada país possui uma legislação própria e específica sobre os arranjos necessários para realizar a gestação de substituição. Dessa forma, em alguns deles é permitido somente um tipo de gestação de substituição e, em outros, podem ser realizados os dois tipos (Nakash & Herdiman, 2007). Ainda, esse “empréstimo” do útero pode ser pago, como nos casos das “barrigas de aluguel” ou ser realizado sem receber dinheiro por isso, no caso das chamadas “barrigas solidárias” ou “gestação de substituição altruísta” (Ferriani & Navarro, 2004).

Para Brinsden (2003), algumas questões surgem quando determinados grupos argumentam que a verdadeira mãe da criança é aquela da qual ela nasce, mesmo que o bebê não tenha o seu material genético, como é o caso da gestação de substituição gestacional. Dessa forma, a mulher que receberá o bebê será, então, “mãe substituta” e a mulher que o gestou, a “mãe verdadeira”. Esses dilemas causam muitos problemas éticos e legais, em vários países, na legalização da gestação de substituição. Os casos pioram quando o bebê,

¹Devido aos diversos nomes utilizados pela literatura, optou-se pelo uso dos termos “gestação de substituição” para designar o processo de sub-rogação do útero e “gestante substituta” para nomear a mulher que empresta o seu útero e que realiza a gestação. A escolha pelo termos é baseada no seu uso frequente em trabalhos publicados na língua portuguesa. Nos capítulos III e IV, optou-se pelo uso do termo “barriga solidária” porque as participantes desta pesquisa se autodenominaram dessa forma durante a coleta de dados.

além de ser gestado pela gestante substituta, contém material genético dela. Teixeira (2004) argumenta que reconhecer a filiação em virtude do parto não é a justificativa ideal porque a gestante substituta aceita gestar o bebê para ajudar outra mulher e não pelo desejo de exercer a maternidade daquela criança, embora tenha vivenciado a gestação.

A gestação de substituição gestacional também tem sido tema de discussões de grupos feministas, desde que passou a ser mais divulgada pela mídia, por volta dos anos 90. Inicialmente, esse tipo de gestação foi severamente criticado pelas feministas sob o argumento de que se tratava de um tipo de prostituição reprodutiva que explorava mulheres, além do risco de complicações médicas que poderiam ocorrer durante a gestação (Markens, 2012). Também, as gestantes substitutas estão propensas a outros riscos como coerção e exploração, principalmente se ela está em situação de vulnerabilidade social, se comparada à situação do homem ou mulher que pretende ser o pai ou mãe do bebê. Além disso, elas podem desenvolver problemas psicológicos em decorrência de ter de entregar o bebê (Blyth, 1994).

1.2 As regulamentações legais da gestação de substituição no Brasil e em outros países

No Brasil, questões relacionadas à RA e à gestação de substituição geram discussões, por não haver unificação da legislação, como direito de registro civil do nascimento dos filhos gerados por essa técnica. Essa ausência de unificação se dá tanto nacional quanto internacionalmente e sequer existem normas federais sobre o assunto no país (Gallo & Gracindo, 2016). Atualmente, há diversos projetos sobre o assunto para aprovação no Congresso Nacional, mas sem previsões para a mesma. Não há, no país, documentos legais que contemplem as diversas situações decorrentes da gestação de substituição. Até o momento que isso ocorra, é o legislador ou aplicador do direito quem opta pela presunção de paternidade e maternidade para aqueles que idealizaram o filho, mesmo que este não tenha o material genético da mãe ou do pai. Assim, o filho deverá ser daqueles que desejaram o seu nascimento (Diniz, 2001).

Apesar de não haver leis que abordem a gestação de substituição, a Resolução nº 2.168/2017 do Conselho Federal de Medicina (CFM) é a única que possui regulamentações que sobre esse tipo de procedimento. Assim, no documento que possui cerca de dez páginas, somente duas delas são destinadas a abordar os aspectos obrigatórios para que a gestação de substituição possa ocorrer. Na seção IV da resolução, consta no primeiro artigo que a mulher que será a gestante substituta precisa ser familiar até quarto grau de um dos parceiros do casal. Nos casos em que não há parentesco, é necessária a aprovação prévia do CFM. O segundo

artigo estabelece que o empréstimo temporário do útero não poderá ter fins lucrativos, ou seja, a sub-rogação do útero não poderá ser paga. No terceiro artigo, estão dispostos os documentos necessários e que devem ser providenciados pelas clínicas para a realização da gestação de substituição como: o termo de consentimento livre e esclarecido que deverá conter os riscos do processo e os aspectos legais da filiação; um relatório médico com o perfil psicológico dos envolvidos que ateste a saúde emocional e clínica deles; um Termo de Compromisso entre a gestante substituta e os pacientes estabelecendo de maneira clara e evidente a filiação do bebê; o compromisso dos pacientes que contratam o serviço das clínicas de fertilização em proporcionar à gestante substituta, se necessário, tratamento multidisciplinar da equipe de saúde, desde a fertilização até o puerpério; comprometer-se com o registro civil do bebê por parte dos pais que desejaram o nascimento da criança e, por último, uma autorização por escrito do cônjuge da gestante substituta se essa for casada ou viver em união estável. Devido às novas alterações em relação à resolução de 2015, agora pessoas solteiras também podem recorrer à gestação de substituição.

Além da resolução 2.168/2017, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) também publicou algumas regulamentações que embasam as resoluções propostas pelo CFM. O Enunciado N° 45 de 2014 propõe que no contexto da gestação de substituição, a filiação legal deve considerar os autores do projeto parental, ou seja, aqueles que desejaram e providenciaram a gestação de substituição. Ainda, o Provimento N° 63 de 2017, estabelece que na situação de gestação de substituição, não deverá constar na declaração de nascimento do bebê o nome da gestante substituta. No entanto, para que isso ocorra, é necessário que seja apresentado o termo de compromisso, que estabelece a filiação da criança, assinado por ela. O mesmo provimento também garante o registro do nome de dois pais e duas mães para a mesma criança, assim como a permissão de registro do filho no caso de casais homossexuais.

Profissionais do Direito, que estudam a gestação de substituição, questionam a prática sob a perspectiva jurídica. Segundo Diniz (2008), esse tipo de gestação ofende o decoro da mulher por reduzir a mulher a um simples organismo reprodutivo, por levar a uma objetificação da figura feminina e a uma prostituição simbólica do útero, além de degradar a honradez do recém nascido. Para Venosa (2006), a gestação de substituição levanta diversos questionamentos éticos, jurídicos e morais em relação a esse procedimento, sendo ela paga ou altruísta. Ainda, a questão da declaração da paternidade e maternidade é dúbia, pois a legislação não contempla a parentalidade de modo específico. Oliveira (2014) alega que apesar de a gestante substituta aceitar gestar o filho para um familiar de forma gratuita, ela

poderia requisitar a guarda do bebê que gestou, alegando que foi coagida a realizar a gestação de substituição. Dessa forma, independentemente, se a gestação for altruísta ou onerosa, a gestante substituta aceita participar sem ter conhecimento de como será a relação dela com o bebê à medida que ele irá se desenvolvendo em seu corpo. O risco de ela estabelecer um vínculo afetivo com o bebê e não querer entregá-la existe e não deve ser descartado.

Segundo Zyl & Niekerk (2000), desde o momento da FIV, pode-se considerar que o bebê tem duas verdadeiras mães, mas apenas uma mãe legal. Nesse sentido, o contrato não exige que a gestante substituta negue a sua maternidade ou seu desejo de se tornar mãe. O que o contrato, geralmente, demanda é que a gestante substituta deve entregar a bebê para os pais que adquiriram o direito de criá-lo. A separação biológica e moral que compõe o relacionamento com o bebê durante a gestação ocorre de maneira duvidosa e ambígua para a gestante substituta. Os autores também questionam o direito da mulher de decidir sobre o próprio corpo, pois, levando-se em consideração que todas as mulheres têm o direito sobre seu corpo, elas também podem decidir realizar um aborto. No entanto, no caso das gestantes substitutas, elas não dispõem dessa opção, já que não detêm o direito sobre o bebê que está vivendo no útero sub-rogado. Assim, o contrato assegura ao bebê o direito de habitar o corpo da gestante substituta e ela não poderá abortá-lo sem o consentimento do casal parental.

A legalização do comércio da gestação de substituição também é um tema polêmico. Pérez Monge (2002) argumenta que existem importantes fatores que devem ser considerados contra essa prática. O pagamento pela gestação ocasionaria o comércio da competência reprodutiva da mulher e poderá promover a exploração econômica, corpórea e emocional das gestantes substitutas. Ainda, sob a perspectiva da criança, o pagamento da gestação viola a proibição da venda de um filho. No entanto, Pereira (2003) defende que o pagamento deveria ser considerado uma prática legal e compara a atuação da gestante substituta a um trabalhador que atua em um local insalubre. Assim como o trabalhador em situação de risco, a gestação de substituição também envolve riscos à vida da mulher. Dessa forma, ela deveria ser remunerada por estar exposta e vulnerável. Não se trata de comprar ou alugar o bebê, mas o local da gestação, ou seja, o útero para que o embrião possa se desenvolver. Assim, não há uma objetificação do bebê ou do indivíduo (Pereira, 2003). A legalização do pagamento pela “locação” do útero não desconsidera a motivação altruísta requisitada pelo CFM, ela impediria a ilegalidade da “barriga de aluguel”, explorações e antijuridicidade (Pereira, 2003).

Na Inglaterra, é permitida a gestação de substituição solidária, ou seja, aquela na qual não há o pagamento da gestante. O Reino Unido adotou uma política cuidadosa em relação à

gestação de substituição por muitos anos. Apesar de a legislação compreender que o empréstimo do útero é uma alternativa para os casos de infertilidade e a esperança final para os casais que desejam ter filhos, as políticas públicas agem contra a comercialização da prática. A restrição do pagamento não se refere, apenas à gestação de substituição, mas também engloba a doação de gametas. Destaca-se que a política do Reino Unido é a favor de acordos entre familiares, ou seja, permite a gestação de substituição ou doação de gametas se realizadas entre parentes e de maneira altruísta (Gamble, 2009). Esses arranjos realizados entre familiares ou, em alguns casos, entre amigos, são assegurados pelas varas de família, e os custos da gestação devem ser pagos para a gestante substituta. Além disso, a intermediação comercial da sub-rogação de útero é considerada crime, sendo primordial que a gestante substituta concorde, previamente, com a entrega do bebê após o seu nascimento (Gamble, 2009).

Em lugares como a Rússia (Svitnev, 2010), Ucrânia, Índia e alguns estados dos Estados Unidos é possível o pagamento pela gestação de substituição. Porém, transita para aprovação um projeto de lei na qual o governo indiano quer proibir a prática de gestação de substituição que envolva pessoas não indianas (Tieu, 2009; Crokin & Jones, 2010). Faz-se importante salientar que a Índia é reconhecida como o país que mais comercializa a gestação de substituição. Estima-se que esse comércio transnacional da gestação movimentava cerca de 400 milhões de dólares anualmente nas mais de 3000 clínicas especializadas nesse tipo de gestação (Bhalla & Thapliyal, 2013). Além disso, o comércio transnacional da gestação de substituição é uma forma de turismo médico. Turismo médico pode ser entendido como o deslocamento de pessoas a outros países em busca da realização de determinados serviços e procedimentos médicos que não são legalmente autorizados em seus países. Dessa forma, muitas pessoas que pretendem se tornar pais vão até outros locais para contratar mulheres para a gestação, o que é muito observado em países localizados no Sul global (Lozanski, 2014).

Nos demais países como Austrália, Canadá, Grécia, Holanda, Noruega, Suécia, Índia, Espanha, Suécia, Brasil e em alguns estados dos Estados Unidos é proibida a comercialização da gestação de substituição, mas a gestação com fins altruístas é permitida. Cabe destacar ainda, que a técnica é expressamente proibida em diversos países como Alemanha, Itália, Japão e China (Nakash & Herdman, 2007).

Ressalta-se que os EUA também são mundialmente conhecidos pelas chamadas “barrigas de aluguel”. Eles dispõem de leis mais liberais sobre a gestação de substituição.

Apesar de não haver uma legislação federal sobre esse tipo de gestação, cada estado tem autonomia para criar suas próprias leis. Dessa forma, há um número relativamente grande de estados com políticas liberais a respeito da RA e da gestação de substituição (Crockin, 2013). Além disso, Nova Jersey e Califórnia são os estados que lideram o número de nascimentos a partir desse tipo de gestação, sendo que em cada um há em torno de 100 nascimentos por ano (Gugucheva, 2010).

No caso de Israel, esse tipo de técnica tem regulamentações particulares. Nesse país, que foi o primeiro a permitir a gestação de substituição, em 1996, cada caso é autorizado e supervisionado por um comitê público e somente casais legalmente casados estão aptos a recorrer à gestação de substituição, sendo que a mãe portadora deve ser solteira ou divorciada (Weisberg & Kelly, 2005). Na Argentina, a gestação de substituição ocorre, mas não há a regulamentação da prática. A lei apenas exige um consentimento assinado pelo homem ou mulher que deseja ser o pai ou mãe do bebê antes da realização do processo de FIV. Após o nascimento da criança, a gestante substituta é reconhecida como a mãe legal do bebê. Dessa forma, a ela precisa abdicar de seus direitos e transferi-los à mulher que desejou o nascimento do bebê e que pretender exercer a maternidade. Inclusive, não há nada na lei que regularize o pagamento da gestação (Torres, Shapiro & Mackey, 2019). Em 2016, foi proposto um projeto de lei para regulamentar a gestação de substituição na Argentina, já que a legislação era muito rudimentar (Monteiro, 2015). O projeto permitia que a gestação de substituição “altruísta” pudesse ser realizada após a autorização de um juiz. Ainda, incluía condições específicas para que o processo pudesse ocorrer, como a gestante substituta estar saudável, já ser mãe de pelo menos uma criança e restringindo para dois o número máximo de gestações de substituição para cada mulher. Também, o casal que desejava o filho biológico, deveria morar na Argentina por pelo menos três anos antes do processo (Monteiro, 2015). Caso as exigências não fossem seguidas, era previsto de três a seis anos de prisão para a pessoa que intermediava o processo, para os médicos envolvidos e para a gestante substituta (Monteiro, 2015). O projeto foi rejeitado em 2017 e conseqüentemente, a jurisdição argentina se mantém precária (Torres, Shapiro & Mackey, 2019).

A situação legal da gestação de substituição no Uruguai é semelhante à do Brasil. O Estado uruguaio permite a gestação de substituição “altruísta” nos casos em que a mulher que quer exercer a maternidade não tem capacidade de levar a gestação a termo. Além disso, a gestante substituta deve ser parente de até segundo grau de um dos indivíduos do casal que pretende ser os pais do bebê. Ainda, somente pode ser implantado o embrião que contenham

material genético desse casal, sem a participação dos gametas da gestante substituta (Uruguai, 2013).

1.3 A experiência de gestação de substituição para as mulheres “barrigas solidárias”

A gestação de substituição compartilha das mesmas transformações físicas vivenciadas em qualquer gestação. No entanto, são ainda pouco conhecidas as transformações psíquicas e repercussões emocionais da experiência de gestação de substituição para as mulheres “barrigas solidárias”. Como dito na seção inicial de Apresentação, ainda são poucos os estudos na área da Psicologia que abordam essa experiência. Não foram encontrados trabalhos com o foco aqui proposto, nas plataformas de buscas IndexPsi, Scielo, Google Scholar e Bvs-Psi com amostras brasileiras, usando os descritores “*surrogacy*”, “*surrogate mother*”, “gestação substituição” e “barriga solidária”.

Segundo Eldemann (2004), para a realização da gestação de substituição, encontrar uma gestante substituta compatível com os interesses do homem ou mulher que pretende ser pai ou mãe do bebê é umas principais preocupações para grande parte das pessoas que recorrem a essa prática. Além disso, a primeira experiência de contato com a gestante substituta é considerada um estressor primário, pois é perpassada pelas diversas vivências e emoções enfrentadas pelo casal em sua busca pela possível gestante, assim como, pelas negociações envolvidas. Outros eventos estressores poderão ocorrer ao longo da gestação de substituição em virtude de desacordos entre as partes sobre determinados procedimentos, como a inserção do embrião e o manejo da gestação. Observa-se o grande impacto psicológico potencial dessa experiência para todos os envolvidos, especialmente para a mulher “barriga solidária”. Ainda, segundo o autor, outros fatores estressores também poderão afetar o bem-estar dos envolvidos na gestação de substituição de modo secundário, por exemplo, a extorsão da gestante substituta, a medicação administrada durante a gestação, o medo de a gestante substituta não entregar o bebê após o nascimento, a questão da filiação genética nos casos em que apenas um integrante do casal forneceu seus gametas para a concepção. Logo, esses aspectos precisam ser considerados e administrados, visando prevenir futuros entraves no relacionamento entre o casal parental e a gestante substituta.

Estudiosos sobre a temática defendem que é importante haver um bom relacionamento entre a mulher que pretende ser a mãe legal do bebê e a gestante substituta. Quando há um relacionamento saudável entre elas, isso encoraja a gestante substituta a cumprir com suas obrigações legais em relação aos pais e ao bebê e permite que todos os

envolvidos possam ter experiências bem-sucedidas (Zyl & Niekerk, 2000; Teman, 2010). Destaca-se que as gestantes substitutas deverão dispor da atenção, dos cuidados e das obrigações com o bebê que está sendo gestado. O compromisso assumido por elas deverá ser realizado com responsabilidade, pois o bebê não pode ser visto como um objeto no ventre, mas uma vida em desenvolvimento que merece respeito (Chagas & Nogueira, 2013). Há casos em que algumas gestantes substitutas mantêm contato com as crianças durante o crescimento delas. Porém, pouco se sabe sobre as motivações desse relacionamento e os efeitos que ele provoca nos envolvidos.

Um estudo desenvolvido no Reino Unido por Golombok, Murray, Jadvá, MacCallum & Lycett (2004) comparou 42 famílias que recorreram à gestação de substituição com dois grupos controles: um grupo composto por 51 famílias que fizeram uso da ovodação e outro grupo composto 80 famílias que tiveram seus filhos a partir da concepção natural. O método utilizado na pesquisa foi uma entrevista padronizada e questionários que mediam o bem-estar psicológico dos pais, a qualidade do relacionamento entre a criança e seus pais, e o temperamento do bebê. Os resultados apontaram que, diferentemente do que se imagina em relação à gestação de substituição, as mães e os pais que tiveram seus filhos por intermédio de uma gestante substituta apresentavam melhores níveis de bem-estar psicológico em relação às outras famílias. Além disso, demonstraram também níveis mais baixos de estresse relacionado à parentalidade e menores índices de depressão. A relação entre pais e filhos revelou ser mais positiva nas famílias que recorreram à gestação de substituição do que naquelas que os filhos foram concebidos naturalmente. Ainda, os pais e mães que experienciaram a gestação de substituição demonstraram mais afetividade com seus filhos e os homens demonstraram maior prazer e satisfação com a paternidade, se comparados com os pais da concepção natural. Sobre as famílias que recorreram à doação de óvulos, foi identificado que esses pais apresentavam menores índices de bem estar psicológico, se comparados aos pais que experienciaram a gestação de substituição. No entanto, não houve diferença entre esses dois tipos de família nas medidas relacionadas à parentalidade. Por fim, não foi observada diferença no temperamento do bebê de acordo com o tipo de família. Uma explicação possível para esses resultados é que a criança, que nasce através de uma gestação de substituição, foi intensamente desejada pelo casal que gostaria de criá-la e amá-la. Além disso, trata-se de uma gestação planejada e organizada pelo casal, ao contrário de uma gestação com concepção natural que ocorre de maneira acidental. Os autores argumentam que os resultados positivos referentes ao relacionamento entre pais e filhos parece estar associado

ao bem-estar psicológico dos pais e à qualidade do contato que eles mantêm com a gestante substituta. Aparentemente, a gestante substituta pode influenciar na parentalidade do casal, principalmente, no exercício da maternidade. Esse aspecto foi observado nos casos em que a gestação de substituição foi realizada por mulheres que são parentes ou amigas de um dos indivíduos do casal.

Um outro estudo foi realizado por Van der Akker (2003) no Reino Unido com 24 gestantes substitutas, das quais 11 realizaram a gestação de substituição gestacional e 13, a de substituição genética. A pesquisa buscou investigar as motivações, as experiências, o apoio, as questões da entrega do bebê e o vínculo com ele, assim como, a qualidade de vida e psicopatologias das gestantes substitutas. Para isso, fez uso de questionários específicos para medir a qualidade de vida e uma entrevista semi-estruturada. Os resultados mostraram que o altruísmo e o aumento da autoestima, além de algum ganho financeiro, foram os principais motivadores para as gestantes de substituição genéticas e gestacionais encontrados no estudo. Não foram encontradas diferenças entre os grupos relacionados a variáveis sócio-demográficas. Porém, a questão da ligação genética da gestante substituta pareceu ter influência sobre a relação vincular entre ela, o bebê e os pais após o parto. Os níveis de qualidade de vida não apresentaram diferenças significativas entre os dois tipos de gestantes substitutas, embora as gestantes substitutas gestacionais apresentaram pontuações mais altas em todas as seções do questionário sobre a qualidade de vida, indicando que elas eram mais satisfeitas com suas vidas. O autor destacou que é importante um contato frequente com a gestante substituta por parte do casal parental que a faça se sentir apoiada e consciente de seu propósito. Caso isso não seja feito, pode ser que ela se identifique como a verdadeira mãe do bebê, o que provocaria intenso sofrimento à ela no momento da renúncia e entrega da criança.

A discussão dos resultados desta pesquisa mostra que para a gestante substituta, a gestação de substituição é percebida como uma transação, como “um presente” da gestante substituta para a mulher que pretende ser a mãe do bebê, independentemente, dela ter sido paga. O vínculo genético, no caso das gestantes substitutas que também doam seus óvulos, tende a influenciar a maneira como ela se comportará em relação ao bebê. O autor explica que nesses casos, elas parecem se distanciar do bebê e ignorar essa ligação genética. Além disso, ser acompanhada e acolhida pelo casal para o qual gesta, assim como, pelos profissionais da área da saúde parece ajudar psicologicamente a gestante substituta, evitando que ela desenvolva psicopatologias durante o processo.

Passados alguns anos dessas publicações, os pesquisadores Jadva, Blake, Casey e Golombok (2012) realizaram uma pesquisa cujo objetivo era examinar, prospectivamente, durante dez anos, as famílias do Reino Unido que recorreram à gestação de substituição para terem seus filhos. Assim, foi analisada a relação dos pais e filhos com a gestante substituta, a opinião dos pais sobre contar ou não aos filhos sobre o modo como foram gestados e o entendimento das crianças a respeito da própria concepção. Entrevistas semi-estruturadas foram usadas pelos pesquisadores e aplicadas aos pais, mães e crianças, em quatro momentos ao longo de 10 anos. Inicialmente, participaram da pesquisa, quando a criança tinha um ano de vida, 42 famílias. Destas, em 19 casos, a gestante substituta havia doado seus óvulos para a concepção. Aos 10 anos de idade da criança, 33 famílias continuaram participando do estudo. Os resultados da pesquisa revelaram que a frequência do contato entre a família e a gestante substituta diminui com o passar do tempo, principalmente, nas famílias cuja gestante substituta também doou seus óvulos para a concepção. A maioria das famílias mantinha relacionamento harmonioso com a gestante substituta. Quando completaram dez anos de idade, cerca de 90% das crianças já haviam sido informadas sobre como ocorreu a concepção e a gestação delas e tinham um bom entendimento disso. Além disso, treze das catorze crianças que mantinham contato com a gestante substituta mencionaram que gostavam dela.

Não se pode deixar de considerar possíveis efeitos negativos da gestação de substituição sobre as gestantes substitutas. Os estudos de Ragoné (1994) demonstraram que nos casos em que a “mãe portadora”² gesta por altruísmo, o estabelecimento de um vínculo com o bebê durante o pré-natal ocorre com mais facilidade, o que possivelmente dificulta para ela entregar a criança aos pais do bebê posteriormente. Por outro lado, as gestantes substitutas pagas teriam a tendência a se distanciar do bebê, acreditando que a criança que carregam não é delas. A pesquisa de Ragoné (1994) foi pioneira no contexto norte-americano e buscou analisar retrospectivamente aspectos antropológicos da gestação de substituição entrevistando dezenas de gestantes substitutas e casais que tiveram seus filhos através desse processo. Além disso, as gestantes substitutas podem se arrependem de terem se oferecido para gestar o embrião (Blyth, 1994). O risco de depressão pós-parto, sentimentos de culpa e raiva poderão surgir para estas mulheres que renunciam à criança. Fatores como conhecer ou ter vínculo familiar com o casal para o qual se gestará o bebê, e a gestante substituta ser ou não a mãe genética da criança, influenciam o bem-estar psicológico dessas gestantes e a entrega do bebê. Dessa maneira, gestantes substitutas que mantêm um bom vínculo com o casal, recebendo

² Termo utilizado em francês para as gestantes substitutas.

suporte emocional dele e os reconhecendo como bons cuidadores tendem a se sentir mais satisfeitas com a experiência. Ainda, não ter ligação genética com o bebê pode evitar a vinculação ao bebê e problemas ocasionados pela separação entre eles (Blyth, 1994).

O estudo longitudinal e transversal desenvolvido por Lamba, Jadva, Kadam e Golombok (2018) investigou o bem-estar psicológico e o vínculo pré-natal das gestantes de substituição gestacionais indianas. Na primeira fase da pesquisa, participaram 50 gestantes substitutas que encontravam-se grávidas no momento da coleta de dados e 69 gestantes que conceberam seus filhos por concepção natural e que também estavam grávidas durante a pesquisa. Na segunda fase, participaram 45 gestantes substitutas e 49 gestantes que conceberam naturalmente seus filhos, as quais já haviam dado à luz aos bebês. Destaca-se que todas as gestantes substitutas gestaram para casais de outros países. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semi-estruturadas que buscava informações sobre a experiência de gestação e questionários padronizados sobre o vínculo materno. Os resultados mostraram que as gestantes substitutas possuíam níveis altos de depressão durante a gestação e que se prolongaram durante diversos meses após o nascimento do bebê em comparação com as gestantes do outro grupo. Porém, não foi encontrada diferença nos níveis de depressão desde a concepção até momentos posteriores ao parto. Desse modo, entregar o recém-nascido não promoveu a depressão nas gestantes substitutas. Aparentemente, essas mulheres estavam mais deprimidas desde o início, antes mesmo do acordo de sub-rogação do útero. Além disso, não houve diferença nos índices de estresse e ansiedade entre as gestantes substitutas e o outro grupo de gestantes. Ao analisar os fatores relacionados ao desencadeamento da depressão em gestantes substitutas após a entrega do bebê, constatou-se pouca ou nenhuma fonte de apoio durante a gestação. Ainda, o segredo a respeito do processo de sub-rogação do útero e a crítica social em ter se tornando gestante substituta foram os fatores de risco para a depressão. Os achados sobre o vínculo pré-natal mostraram que as gestantes substitutas apresentaram maiores níveis de vinculação com o bebê do que as gestantes do outro grupo. Ao analisar os fatores associados à formação do vínculo, encontraram que as gestantes substitutas tiveram uma vivência mais positiva quando permaneciam em seus lares, local onde era mais viável a implicação delas com o bebê. As gestantes substitutas eram mais felizes em suas casas e sentiam-se mais imersas nas funções atribuídas a elas. Ao contrário do que se imaginava, bons vínculos com o bebê não foram associados ao crescimento dos níveis de depressão nessas mulheres durante a gestação e após o nascimento do bebê.

Percebe-se que a gestação de substituição é um fenômeno complexo que engloba fatores físicos, psíquicos e sociais. Os dilemas éticos e religiosos, assim como os mitos, preconceitos e tabus que perpassam essa experiência contribuem para as polêmicas geradas em torno da experiência de gestação de substituição. Cabe destacar que, embora a gestação de substituição seja uma situação peculiar, se comparada à gestação “natural”, a gestante substituta experiencia as transformações físicas existentes em qualquer outra gestação. No entanto, deve-se considerar os aspectos psíquicos singulares próprios da sub-rogação do útero e que impactam, de alguma forma, nessa gestação.

1.4 Justificativa e objetivo do estudo

Atualmente, ainda há poucos estudos realizados sobre a temática da gestação de substituição. A maioria deles concentram-se no Reino Unido, embasados em legislações próprias desse país, bem como em legislações de determinados países como Estados Unidos, Índia e Canadá. No Brasil, falta ainda uma legislação específica sobre as TRAs e gestação de substituição, daí a necessidade e a urgência de essa questão ser tratada com seriedade e profundidade, dadas as suas implicações éticas e psicológicas. No contexto brasileiro, a Resolução nº 2.168/2017 do Conselho Federal de Medicina é o único documento legal que regulamenta as condições exigidas para dar início a esse processo específico de gestação.

Além disso, a gestação de substituição é, muitas vezes, a única alternativa para casais realizarem o desejo de serem pais biológicos. Dessa forma, alguns casais chegam às clínicas de reprodução humana esgotados e profundamente frustrados. A partir disso, destaca-se novamente a necessidade de se estudar o tema, buscando, a longo prazo, intervenções específicas para trabalhar com a saúde psíquica de todos envolvidos na experiência de gestação de substituição.

É fundamental dar visibilidade e lugar de fala à mulher, gestante de substituição ou barriga solidária, de forma que possamos compreender melhor sua experiência nas dimensões psíquica, física e social. Além disso, é importante que essa experiência seja reconhecida, principalmente, pela área da Psicologia porque ceder o útero e gestar para alguém se constitui em uma enorme demanda em todos os âmbitos. Nesse sentido, é surpreendente a relativa falta de dedicação das pesquisas psicológicas ao tema, sobretudo no cenário nacional, em que não foram encontrados estudos nas bases de dados nas plataformas de buscas IndexPsi, Scielo, Google Scholar e Bvs-Psi com amostras brasileiras,

realizados durante o período gestacional e com enfoque psicológico, usando os descritores “*surrogacy*”, “*surrogate mother*”, “gestação substituição” e “barriga solidária”.

Assim sendo, o presente estudo se justifica, ao buscar compreender a experiência da gestação de substituição para as mulheres gestantes substitutas ou “barrigas solidárias”. De modo especial, foram investigadas as expectativas e os sentimentos dessas mulheres em relação à gestação de substituição. Buscou-se, também, compreender as motivações que levaram as mulheres “barrigas solidárias” a gestar o filho de uma outra mulher, e as repercussões emocionais dessa experiência para as mesmas.

CAPÍTULO II

MÉTODO

2.1 Participantes

Participaram deste estudo três mulheres que foram barrigas solidárias para casais heteressexuais, ou seja, que passaram por procedimentos técnicos de fertilização in vitro e que concordaram em gestar os embriões e entregar os bebês imediatamente após o nascimento dos mesmos para os pais biológicos. As idades das participantes variaram entre 24 e 42 anos, duas eram mulheres brancas e uma se autodeclarou parda. Além disso, todas se consideravam de classe média e apenas uma das participantes havia concluído o ensino superior, as demais tinham ensino médio completo. As três mulheres moravam em diferentes estados do Brasil e foram convidadas a participar da pesquisa através do *Instagram*. Portanto, a amostra se caracteriza como de conveniência.

2.2 Delineamento e procedimentos

Utilizou-se um delineamento de estudo de casos múltiplos (Stake, 2006), com o objetivo de compreender como as mulheres “barrigas solidárias” experienciaram a gestação a partir das singularidades e das semelhanças entre os casos. Trata-se de um estudo qualitativo, que envolveu a realização de uma entrevista sobre as histórias de vida, as expectativas e os sentimentos dessas mulheres em relação à gestação de substituição. Também, buscou-se compreender as motivações que levaram as mães biológicas a recorrerem a esse tipo de procedimento, bem como, as motivações das mulheres “barrigas solidárias” para gestar por uma outra mulher.

O estudo oportunizou uma descrição rica e detalhada dos fenômenos investigados, ou seja, uma análise aprofundada da realidade subjetiva das participantes, proporcionando a pesquisadora a reflexão e a compreensão do objeto de estudo a partir de uma escuta qualificada. Destaca-se, que este trabalho não buscou a saturação dos dados e sim, a compreensão em profundidade de cada caso.

As participantes foram informadas sobre o estudo pela internet, especificamente, pelo *Instagram* após a pesquisadora localizá-las usando o hiperlink *#barrigasolidária*. Dessa forma, apareceram postagens dessas mulheres nas quais elas se declaravam como “barrigas solidárias” e explicavam que haviam realizado a gestação de substituição. Assim, a pesquisadora entrou em contato com as mulheres e as convidou para participarem da

pesquisa. Após o contato inicial realizado pelo *Instagram*, em que a pesquisa foi explicada detalhadamente através do *chat* de mensagens, foi agendando um horário para a realização das entrevistas via chamada de áudio e vídeo por *Skype*. As entrevistas foram realizadas dessa maneira porque as participantes moravam em cidades distantes da pesquisadora, impossibilitando que a coleta de dados fosse realizada presencialmente. No dia agendado, foi comunicado às participantes todas as informações do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Silva & Lopes, 2017a) (Anexo A) que estava disponível *online* e o mesmo foi assinado virtualmente por elas. Na sequência elas responderam a *Ficha de dados demográficos da família e da gestante substituta* (Silva & Lopes, 2017b) e a *Entrevista sobre a experiência da gestação para as mulheres que foram gestantes substitutas* (Silva & Lopes, 2017c), descritas na próxima seção, que foram gravadas em áudio e vídeo e posteriormente, transcritas.

Deste modo, o presente estudo é composto por uma fase de coleta de dados sobre uma vivência situada no passado das participantes, ou seja, tratou-se de uma pesquisa retroativa. Ainda, o estudo tem caráter qualitativo que oportunizou uma descrição rica e detalhada dos fenômenos que se apresentaram, ou seja, uma análise aprofundada da realidade subjetiva das participantes, proporcionando a pesquisadora a reflexão e a compreensão do objeto de estudo a partir de uma escuta qualificada.

2.3 Instrumentos e materiais

Os instrumentos utilizados nesta pesquisa estão em anexo e encontram-se brevemente apresentados a seguir:

- *Ficha de dados demográficos da família e da gestante substituta* (Silva & Lopes, 2017b): Esta ficha contém questões relacionadas aos dados demográficos do casal e da mulher que foi gestante substituta como escolaridade, idade, endereço, nome dos pais biológicos do bebê, profissão, o nome do bebê, entre outros (Anexo B).

- *Entrevista sobre a gestação para as mulheres que foram gestantes substitutas* (Silva & Lopes, 2017c): caracteriza-se por ser uma entrevista semiestruturada composta por blocos de questões que buscaram investigar aspectos gerais da gestação de substituição (ex. *Como você se sentiu em relação a gravidez? Em termos físicos e emocionais.*), da proposta do empréstimo do útero (ex. *Você foi procurada pelo casal para ser barriga solidária? E como você reagiu à proposta naquele momento da sua vida?*), do relacionamento da gestante substituta com os pais biológicos do bebê (ex. *Houve mudança no relacionamento de vocês?*)

e, as expectativas sobre a gravidez (ex. *O que você pensou sobre os momentos finais da gravidez e do parto?*) e sobre o futuro (ex. *Você se imaginou fazendo alguma atividade com o bebê?*) (Anexo C).

2.4 Considerações éticas

A presente pesquisa respeita a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. A aprovação do projeto no Comitê de Ética e Pesquisa em Psicologia da UFRGS ocorreu no dia 20 de Junho de 2018, recebendo o número 2.723.702 (Anexo D).

Conforme dito anteriormente, foi informado a cada participante os objetivos, os métodos utilizados na obtenção dos dados, os benefícios e riscos da pesquisa de modo que as mulheres pudessem optar livremente em participar ou não do estudo. Além disso, elas também estavam cientes sobre a possibilidade de desistir de participar a qualquer momento da pesquisa. Ainda, se fossem identificados sinais de desconforto ou desamparo por parte das participantes em relação a algum tema abordado, a pesquisadora poderia suspender a entrevista e, se caso necessário, poderia ajudar as mulheres a buscarem atendimento psicológico. A confidencialidade e privacidade das informações adquiridas nesse estudo foram resguardados, pois os dados coletados foram arquivados adequadamente no Instituto de Psicologia da UFRGS.

2.5 Análise dos dados

Os dados de cada caso obtidos através da entrevista foram analisados e descritos conforme relato clínico (Moura & Nikos, 2001; Zanetti & Kupfer, 2006; Ferrari, 2011) considerando o objetivo deste estudo. O relato clínico têm sido uma opção muito usada pelos pesquisadores do NUDIF/UFRGS, para fins de análise de relatos de casos, considerando sua possibilidade de intersecção e diálogo com a perspectiva psicanalítica que é a utilizada neste estudo. Na construção de casos, através do relato clínico, é possível manter as particularidades que os perpassam, permitindo o acesso aos conteúdos que não seriam tangíveis por outras formas de análise.

Com base nesta perspectiva, as entrevistas que haviam sido gravadas e transcritas, foram ouvidas e lidas repetidas vezes. Os relatos clínicos foram escritos paulatinamente e, em reuniões de supervisão, a mestrande e a orientadora discutiram cada caso considerando-se também, aspectos subjetivos e não-verbais envolvidos na realização das

entrevistas, sejam da participante ou da entrevistadora como por exemplo, transferências e contratransferências, resistências e atos falhos.

Destaca-se que a teoria psicanalítica estruturou-se a partir de relatos clínicos realizados por analistas, sendo responsável pelo processo de transformação da experiência psicanalítica em uma elaboração teórica. O relato clínico é a primeira etapa fundamental na análise de um caso, pois, é devido a ele que será possível acessar o caso e tudo o que ele envolve (Zanetti & Kupfer, 2006). Assim, permite identificar conteúdos não-verbais, inconscientes e transferenciais durante as entrevistas tanto dos entrevistados quanto do próprio pesquisador e que serão importantes para compreender o fenômeno (Mordcovich, 2011; Safra, 1993). O relato clínico, dessa forma, além de permitir descrever o que é posto em palavras, captura a realidade que é exposta e que exige um pensamento metapsicológico para descrevê-la. Assim, o pesquisador poderá relatar, mas o que é metapsicológico auxiliará na explicação do material (Ferrari, 2011). O uso dessa ferramenta metodológica não se restringe apenas ao que é dito, aos signos ou conteúdos da fala das participantes, mas estende-se aos significantes e conseqüentemente, ao sentido daquilo que está sendo exposto. A escuta, que é o principal instrumento utilizado na investigação psicanalítica, se constitui como base para a identificação de outros significantes contidos nos dados e proporciona a abertura de novos sentidos para eles (Moura & Nikos, 2001).

Dessa forma, no presente estudo, o relato dos casos apresentados a seguir, contém a trajetória singular da gestação de substituição de cada mulher que foi “barriga solidária” sendo composto pelos seguintes eixos temáticos: breve exposição da história das mulheres que foram “barrigas solidárias” e impressões gerais; a proposta da gestação de substituição e de se tornar “barriga solidária; a experiência da gestação das mulheres “barrigas solidárias”; síntese e considerações sobre o caso. Cabe destacar que estes eixos temáticos foram desenvolvidos baseados nos relatos das próprias participantes durante as entrevistas. Portanto, na construção do relato clínico se considerou o discurso das mulheres e também as impressões e percepções da pesquisadora durante todo o processo. A discussão dos dados foi realizada baseada nesses relatos, priorizando autores psicanalíticos com o objetivo de compreender o fenômeno investigado.

CAPÍTULO III
A EXPERIÊNCIA DA GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO
DAS MULHERES “BARRIGAS SOLIDÁRIAS”

Para respeitar a privacidade das participantes, este capítulo não será disponibilizado.

CAPÍTULO IV

DESVELANDO A GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO: A EXPERIÊNCIA DAS MULHERES “BARRIGAS SOLIDÁRIAS”

O fato comum a essas mulheres de terem oferecido seus próprios corpos para uma gestação de substituição não significa que essa experiência tenha ocorrido de maneira semelhante para elas. Cada mulher, a partir de sua trajetória, experienciou a gravidez nesse contexto de um modo muito singular. Dessa forma, nesta discussão, para além das possíveis semelhanças entre os casos, serão destacadas, principalmente, as suas particularidades. Os eixos que nortearam a análise dos dados no capítulo anterior, serão aqui retomados e foram reagrupados a fim de facilitar a leitura e a compreensão da experiência dessas mulheres. Inicialmente, serão discutidos alguns aspectos da decisão de ser “barriga solidária”. Posteriormente, será dada ênfase à experiência da gestação de substituição das mulheres “barrigas solidárias” e, para finalizar, serão apresentadas as considerações finais do estudo.

4.1 A decisão de ser “barriga solidária”

Apesar de terem passado por procedimentos semelhantes de reprodução assistida, a experiência de gestação de substituição de cada mulher foi singular e se deu em circunstâncias de vida particulares. As três mulheres estavam em momentos distintos da vida quando se propuseram a gestar para outra mulher. Fantine estava com 39 anos quando foi “barriga solidária”, era casada e possuía dois filhos oriundos da relação com seu marido. Elisabete tinha 23 anos, era solteira e tinha um filho de 4 anos chamado Joaquim. Já Sabrina, tinha 30 anos, era solteira e não possuía filhos e também, nunca havia ficado grávida.

A história de Fantine revelou alguns aspectos que fizeram parte da forma como ela lidou com a proposta de ser “barriga solidária” para a irmã. O amor e o carinho pelos pais e a afinidade entre as irmãs contaram muito na sua decisão de gestar o filho da irmã e se oferecer para ser “barriga solidária”. Além disso, o vínculo estabelecido desde a infância com Jeane possibilitou que Fantine acompanhasse o sofrimento da irmã na busca pela maternidade, sensibilizando-a quanto à situação.

Elisabete era uma mulher jovem, que já havia experienciado uma gestação em um período de sua vida no qual ela vivenciava uma crise, a crise da adolescência. O conceito de crise utilizado por Erikson (1987) pode ser útil aqui. Pode-se dizer que ela atravessava duas crises em sua primeira gestação: a de tornar-se mãe e a da adolescência. No caso de Elisabete,

ficou visível que a família dela não teve influência sobre a sua decisão de emprestar ou não o útero para gestar um filho para outra mulher, como ocorreu no caso de Fantine. Todavia, a amizade com Brigitte foi muito importante na decisão de Elisabete em ser “barriga solidária”. A história de amizade entre as duas iniciou durante a adolescência de Elisabete. Na época, ela teve um relacionamento estável e engravidou de seu namorado. Cabe destacar que esse namorado era sobrinho de Brigitte, e foi durante o namoro que Elisabete conheceu essa mulher que viria a se tornar sua amiga e para quem ela seria, posteriormente, “barriga solidária”. A convivência com Brigitte, assim como conhecer as dificuldades enfrentadas pela amiga e o marido em busca da realização do desejo de ter um filho, aparentemente deixaram Elisabete muito comovida com a trajetória do casal.

A história de vida de Sabrina também é marcada por momentos muito significativos e que reverberam, de algum modo, na sua experiência da gestação de substituição. O apoio da mãe nas decisões de Sabrina pareciam ser muito importantes para ela. Ainda, foi perceptível o quanto ela mantinha uma boa relação com sua genitora. No entanto, ela pouco revelou sobre a história de sua vida e de sua família.

A amizade entre Sabrina e Joice surgiu na infância, durante o período que frequentaram a escola e permaneceu até a fase adulta. Juntas, experienciaram vários momentos da infância, da adolescência e da adultez compostos por seus desafios e conquistas. Sabrina também acompanhou momentos dolorosos de Joice, como a descoberta de um câncer e a remoção do útero em virtude da doença, impossibilitando-a de gestar um embrião em seu próprio corpo. Cabe ressaltar que a gestação de substituição foi a primeira gestação de Sabrina. Ela nunca havia pensando em ser mãe ou em gestar um bebê. Porém, após acompanhar o sofrimento de Joice durante meses pelo fato de não poder dar um filho ao marido, Sabrina passou a refletir sobre a possibilidade de emprestar o útero à amiga. Diferentemente de Fantine e Elisabete, Sabrina escolheu poder proporcionar a experiência da maternidade à amiga, mesmo desconhecendo os desafios de uma gestação. Logo, Sabrina enfrentaria algo desconhecido e jamais experienciado por ela. Aparentemente, isso a levou a pensar sobre o assunto durante um longo tempo até decidir fazer a proposta à Joice, diferentemente do que ocorreu com Fantine e Elisabete.

Os três casos das mulheres que foram barrigas solidárias, retratados nesse estudo, revelaram que elas acompanharam, ao longo de suas vidas, o sofrimento de outra mulher ocasionado pela incapacidade de gestar o próprio filho. Porém, a forma como ocorreu a proposta para ser “barriga solidária” foi distinta em cada caso. Fantine presenciou as várias

tentativas frustradas e a trajetória dolorosa de sua irmã em engravidar e tornar-se mãe. Nos casos de Elisabete e Sabrina, elas acompanharam o sofrimento e a jornada das amigas na tentativa de realizar o desejo de maternidade. No entanto, no caso de Sabrina havia um diferencial, pois Joice teve que retirar o útero devido a um câncer e, assim, não passou ela própria por tentativas de reprodução assistida, como ocorreu nos demais casos.

O contexto familiar perpassou toda a experiência da gestação de substituição de Fantine, pois ela gestou para a irmã e foi acompanhada por sua família durante toda a vivência. Já no caso de Elisabete e Sabrina, a experiência foi marcada por um contexto de amizade. As duas mulheres gestaram os filhos de amigas e foram acompanhadas por elas durante toda a gestação de substituição

Além disso, é importante destacar que, nos casos de Fantine e Elisabete, as mulheres que desejavam ser mães, Jeane e Brigitte, vivenciaram um aborto após terem recorrido à FIV. Fantine presenciou o aborto de Jeane na mesma época em que dava à luz o seu segundo filho; Já Elisabete soube que a amiga Brigitte havia previamente tentado a gestação de substituição com uma irmã, mas o bebê acabou falecendo nos meses iniciais da gestação. Nota-se que os percursos das duas mulheres em busca da sonhada maternidade no contexto da reprodução assistida foram marcados por abortos e, conseqüentemente, por perdas e luto. Sabe-se que o diagnóstico da infertilidade pode abalar emocionalmente e provocar feridas narcísicas no ego daqueles sujeitos que o recebem (Lins, Patti, Peron & Barbieri, 2014). Em relação às mulheres, os impactos negativos podem ser mais graves, pois deve-se levar em consideração que elas são mais cobradas socialmente para exercerem a maternidade (Tomaz, 2015). Junto a isso, passar por uma situação abortiva do bebê tão desejado provoca mais dor e angústia no casal que passa pela desgastante experiência de reprodução assistida. É importante salientar que, segundo Freire (2009), ao vivenciar um aborto, a mulher se sente muito abalada e a morte de um filho representa, simbolicamente, a morte de um sonho, de uma oportunidade de continuar existindo através dos filhos, de um amor idealizado e de mostrar para a sociedade a sua competência de reprodução.

Outro aspecto importante a ser discutido é que a adoção não era uma opção para os casais Jean e Jeane, ou para Joice e Artur. O desejo dos homens era por um filho biológico e sequer cogitaram a hipótese de adotar naquele momento, apesar do interesse de suas esposas. Dessa forma, as únicas alternativas cabíveis aos casais era não ter filhos ou recorrer a outros meios como a gestação de substituição para ter o filho biológico (Langdridge & Sheeran, 2000). Esses dados estão em conformidade com os achados de um estudo realizado por

Sonego e Lopes (2009) com mães adotivas, que mostrou que a adoção é, geralmente, a última alternativa do casal após esgotar todas as tentativas de ter um filho biológico. Além disso, esse desejo por um filho que contém o material genético dos pais pode estar relacionado ao que Freud (1914/1916) chamou de desejo pela imortalidade do ego, ou seja, o desejo dos pais em continuarem “vivendo” através dos filhos mesmo após falecerem. Em relação à Brigitte e Marcos, Elisabete não revelou a opinião deles sobre a adoção.

A proposta para ser a “barriga solidária” de outra mulher aconteceu de maneira semelhante nos casos de Fantine e de Sabrina, que se ofereceram para gestar o embrião do casal. Fantine somente fez a proposta da gestação de substituição à irmã após ela conversar com seu marido e com os seus pais, tendo o aval de todos. Ela achou melhor também esperar que Jeane esgotasse todas as possibilidades de engravidar e de gestar em seu próprio corpo. Sabrina, por sua vez, refletiu muito a respeito dos prós e contras que uma gestação acarretaria na vida dela até tomar a decisão de oferecer seu útero para gestar um filho para a amiga. É importante destacar que, no caso de Fantine, esta seria a terceira gestação dela enquanto que no caso de Sabrina, era sua primeira gravidez.

No caso de Elisabete, a proposta do empréstimo de útero partiu da amiga Brigitte que determinado dia ligou para ela e perguntou: “*você me empresta a sua barriga?*”. Elisabete, apesar da surpresa e do pouco conhecimento sobre o assunto, decidiu que seria “barriga solidária” para a amiga. A forma como Brigitte conversou e pediu para Elisabete ser “barriga solidária” para ela ocorreu de maneira peculiar e impessoal. Não foi uma proposta feita presencialmente, realizada frente a frente, em um momento de intimidade, mas à distância, por celular. Por que Brigitte optou por realizar a proposta dessa forma? Será que ela temia a sua reação diante de uma resposta negativa de Elisabete ao seu pedido ou estava tão ansiosa em perguntar à amiga sobre a possibilidade de ela emprestar o útero que decidiu não esperar até o momento no qual podia encontrá-la pessoalmente?

As três participantes demonstraram que queriam ajudar na realização do desejo de maternidade e contribuir para a felicidade do casal. No caso de Fantine, ela pareceu se sentir culpada pela capacidade de ter gestado seus próprios filhos enquanto a irmã não podia conceber naturalmente. Para Freud em “O mal-estar na civilização” (1929/1996), o sentimento de culpa é resultante da tensão entre o ego e o superego. Em virtude dessa tensão, o sujeito vê-se obrigado a abdicar de uma satisfação pulsional por medo de perder o amor de alguém que depende de alguma maneira. A partir disso, pode-se presumir que Fantine, provavelmente, não gozava totalmente de sua maternidade e de sua satisfação como mãe

porque acreditava que isso poderia trazer mais sofrimento à Jeane e conseqüentemente, uma possível perda do amor da irmã. Dessa maneira, surgia o sentimento de culpa por ter conseguido ter seus próprios filhos e por poder exercer a maternidade enquanto Jeane era impossibilitada. Conseqüentemente, parece que Fantine tinha a sua experiência de maternidade limitada por essa culpa, não podendo aproveitá-la plenamente. Ainda, se sentia responsável pela felicidade da irmã e acreditava que não seria completamente feliz se Jeane não fosse mãe.

A sensibilidade de Fantine, Elisabete e Sabrina, assim como, a capacidade de serem empáticas e altruístas parece ter influenciado na decisão de serem “barrigas solidárias”. O altruísmo é destacado como um dos principais motivadores para realizar a gestação de substituição (Blyth, 1994; Van den Akker, 2003). Elas se mostraram muito empáticas ao sofrimento das mulheres que desejavam a maternidade, acolhendo-as e as apoiando em seus sonhos de serem mães. Segundo Ferreira (2011), empatia é a habilidade de conseguir se colocar e replicar a perspectiva subjetiva de outro indivíduo a fim de entender suas emoções e sentimentos. Portanto, trata-se de uma resposta afetiva desencadeada pelo estado mental de uma pessoa que favorece a compreensão do estado mental e afetivo de outro indivíduo. As experiências frustradas da irmã em gestar despertaram em Fantine o desejo de ajudar Jean e na realização do desejo de maternidade e na supressão do sofrimento que se prolongava por anos. Já Elisabete se sensibilizou com a situação de Brigitte e Marcos e com a experiência de gestação de substituição da amiga que acabou tragicamente em um aborto. Em relação ao caso de Sabrina, ela se comoveu e passou a refletir sobre como ela poderia ajudar Joice ao ver a amiga dizendo que jamais possibilitaria a paternidade ao marido.

Após terem aceitado realizar a gestação de substituição, Fantine, Elisabete e Sabrina foram consultar com os médicos responsáveis pela fertilização. As três “barrigas solidárias” foram incluídas no plano de saúde do casal para o qual elas iriam gestar e, assim, tiveram todas as despesas de exames, de consultas e também do parto pagas por eles. Esses custos foram pagos pelos casais, não como um de salário às mulheres “barrigas solidárias” pela gestação, mas porque levaram em consideração que arcariam com as mesmas despesas caso a gravidez fosse possível nos corpos de Jeane, Brigitte e Joice.

Para que fosse possível prosseguir com os procedimentos de fertilização e transferência do embrião, as três participantes passaram por avaliações médicas para verificar se estavam aptas para realizar a gestação. Essas avaliações são obrigatórias para que a gestação de substituição seja registrada legalmente conforme consta na resolução 2.168/2017

do Conselho Federal de Medicina. Além disso, é necessário um relatório médico sobre o perfil psicológico das pessoas envolvidas no processo de gestação de substituição que ateste sua adequação emocional e clínica. Porém, essa exigência deve ser discutida, pois se trata de um relatório de um profissional da medicina e não, necessariamente, da psicologia. De acordo com essa exigência, qualquer médico poderia fornecer o relatório, mesmo não sendo especialista na área. Esse fator pode prejudicar o casal e a gestante se eles forem indevidamente avaliados. Ainda, apenas uma avaliação ou poucas consultas com o profissional responsável por avaliar o perfil psicológico dessas pessoas pode não ser suficiente para identificar os fatores que poderiam afetar negativamente a experiência da gestação e os eventos posteriores a ela. Ainda, também faz-se necessário discutir se uma avaliação é realmente capaz de determinar se as pessoas estão aptas ou não a vivenciar uma gestação nesse contexto. Cada gestação é um acontecimento singular e significativo na vida de uma mulher marcado por suas transformações físicas, psíquicas e hormonais, assim como, influenciada pela forma como a gestante experiêcia e elabora essas transformações (Piccinini, Gomes, De Nardi & Lopes, 2008). Também, o casal que acompanhará a gravidez da mulher “barriga solidária” reagirá de maneira muito pessoal. Será que é possível fazer uma previsão de como será essa vivência para as pessoas ou se elas estão aptas a passar por essa experiência sendo que esse é um contexto relativamente novo e ainda pouco explorado pelas pesquisas?

Fantine e Elisabete tiveram o acompanhamento do casal durante os trâmites dos documentos legais para realizar a gestação de substituição. No caso de Sabrina, apenas Joice se fez muito presente, pois Artur se manteve afastado dessa vivência. Além disso, no momento da transferência do embrião, apenas as esposas acompanharam as participantes na sala médica. Os homens, pais biológicos do bebê que seria gestado, preferiram permanecer do lado de fora da sala, possivelmente para evitar invadir a privacidade da mulher “barriga solidária”.

Outro aspecto importante a ser discutido é que apesar de Fantine ter passado por duas gestações anteriores, pareceu que ela somente se tornou ciente do que estava se propondo a fazer momentos antes da transferência do embrião, quando se questionou se estaria “fazendo a coisa certa”, e na hora do parto, ao se perguntar: “*meu Deus, que que eu to fazendo?*”. Aparentemente, Fantine somente compreendeu *a posteriori* todas as demandas e os riscos envolvidos na trajetória de ser “barriga solidária” para a irmã e sentiu medo de viver essa gestação em um contexto tão diferenciado das demais vividas por ela. A psicanálise

utilizou-se do termo “*a posteriori*” pela primeira vez em 1896 para explicar dinamicamente uma atividade retrospectiva (Freud, 1896/1996). Segundo Roudinesco e Ploton (1998), o termo foi adotado por Freud para descrever um processo de reestruturação ou de registro no qual eventos considerados traumáticos obtém significado e sentido para o indivíduo somente em um *a posteriori*, ou seja, em uma conjuntura subjetiva e história posterior que atribui a esses eventos uma nova significação.

No caso de Elisabete, apesar de ela também conhecer a experiência de uma gravidez, foi perceptível o seu medo de vivenciar solitariamente a gestação de substituição. Isto ficou evidente quando ela recorre a Brigitte, dizendo-lhe que a sua única exigência para ser “barriga solidária” para ela era que a amiga não a deixasse sozinha durante a gravidez. Demonstrava, assim, o seu medo do desconhecido que estava por vir, mesmo já tendo passado anteriormente por uma gestação.

4.2 A experiência da gestação de substituição das mulheres “barrigas solidárias”

A seguir, a experiência da gestação de substituição será discutida tanto nos aspectos comuns aos três casos como nos aspectos singulares do percurso de gestação de cada mulher “barriga solidária”.

Aspectos comuns

O medo da opinião e da reação da sociedade foi perceptível nos três casos. Ao iniciarem os procedimentos necessários para a gestação de substituição, Fantine, Elisabete e Sabrina preferiram manter segredo e revelaram a poucas pessoas o que pretendiam fazer. As três mulheres “barrigas solidárias” temiam ser ofendidas e mal compreendidas quanto ao seu gesto de realizarem a gestação de substituição. No entanto, isso não as impediu de vivenciarem comentários maldosos e preconceituosos sobre a gestação de substituição. Fantine relatou que as pessoas se referiram à sua decisão de ser “barriga solidária” como “*loucura*”. Elisabete também foi considerada um “*monstro*” por muitas pessoas, que tentavam desencorajá-la de realizar a gestação de substituição, influenciando na sua decisão de ir morar com o casal em outra cidade. No caso de Sabrina, ela não fez menção ao que as pessoas lhe disseram, mas preferiu evitar contato com quem ela acreditava que poderia ofendê-la. A questão do segredo marcou a experiência da gestação de substituição nos três casos. As mulheres “barrigas solidárias” percebem que a sociedade ainda desconhece os procedimentos para a gestação de substituição e que julga essa atitude de forma dúbia e hostil (Blyth, 1994).

Observa-se que o enfrentamento de críticas e da discordância da sociedade de modo geral, assim como, de integrantes da família da mulher “barriga solidária”, se constituem como significativos estressores para elas antes durante a experiência (Poote & Van den Akker, 2009). Assim, a estratégia de afastamento usada por essas mulheres, assim como a de manter segredo a respeito do propósito da gestação, surge como uma forma de se protegerem psiquicamente das críticas e ameaças externas. Podemos pressupor que as “mulheres barrigas solidárias” tiveram como aliado o estado regressivo vivenciado durante uma gestação, por meio do qual as gestantes passam a habitar o mundo subjetivo do bebê, protegendo a si e ao bebê de interferências externas. Dessa forma, elas puderam dispensar menos atenção a alguns setores de sua vida e, conseqüentemente, alterar drasticamente as dinâmicas de seus relacionamentos com os indivíduos que são significativos para ela (Maldonado, 2002).

Nos três casos, foi observada uma relação de proximidade, abebê e cuidado entre as mães biológicas e as mulheres “barrigas solidárias”. A relação de cuidado foi muito evidente e perdeu por um tempo após o nascimento do bebê. Além disso, também nos três casos, as mães biológicas dos bebês acompanharam e apoiaram as gestantes nas consultas com o obstetra, assim como na realização dos exames. No caso de Fantine e Sabrina, foi possível perceber um respeito mútuo entre Jeane e a Fantine e, entre Joice e Sabrina, em relação à privacidade e à vida pessoal de cada uma. No caso de Elisabete, também havia respeito mútuo, apesar da proximidade por vezes excessiva com Brigitte que acabou interferindo no corpo, desejos, liberdade e privacidade de Elisabete. Nos três casos, as mães biológicas do bebê também interagiam com o bebê ao longo de toda a vivência da gestação, tocando a barriga da gestante e conversando com ele. De forma mais intensa, Elisabete relatou que quando se sentava em uma poltrona, Brigitte ficava ao seu lado e passando óleo em sua barriga à medida que conversava com Emmanuel. As ações realizadas pelas mães biológicas do bebê pareceram oscilar entre a posição de mãe que compartilha, à sua maneira, do corpo da mulher “barriga solidária” e a posição do pai que cuida da mulher e que gesta se envolve na gestação do seu filho, mesmo à distância. (Piccinini, Silva, Gonçalves, Lopes & Tudge, 2004).

À medida que a gravidez se desenvolvia, as mulheres “barrigas solidárias” enfrentaram alguns sintomas próprios de uma gestação. Fantine, Sabrina e Elisabete destacaram que ganharam muito peso, principalmente, ao final da gravidez. Ainda, mencionaram que a retenção de líquidos causou muito desconforto para elas. Devido a esses fatores, elas não se sentiam mulheres bonitas como anteriormente. No caso de Elisabete, ela também teve dificuldade para dormir porque o bebê se mexia frequentemente. Já no caso de Sabrina,

devido ao tamanho de sua barriga, ela passou a respirar com muita dificuldade pela via nasal. Ao final da gravidez, alguns sintomas tendem a se intensificar trazendo desconforto e limitações à vida da gestante. A insônia é identificada como um dos aspectos mais frequentes (Colman & Colman, 1994), mas a retenção de líquidos excessiva, as dores nas costas e a dificuldade de respirar também podem estar presentes (Forjaz, 2011).

As mulheres “barrigas solidárias” expressaram também preocupações e medos em relação ao bebê. Fantine, Elisabete e Sabrina mencionaram que se preocupavam com a saúde e o desenvolvimento saudável do bebê. Elas temiam as malformações do bebê e a morte dele em alguma etapa da gravidez. Dessa forma, elas sempre procuravam se certificar que ele ainda estava vivo. No imaginário das gestantes, é comum que elas desenvolvam medos e preocupações em relação ao bebê que estão gestando. O medo de se confrontar com um bebê com problemas e malformações são frequentes durante a gestação. (Bruschweiler Stern, 1998).

Os medos perpassaram as experiências das três mulheres durante toda a gestação de substituição. No caso de Fantine, ela somente se tornou consciente de seus medos *a posteriori*. No momento do parto expressou seu medo de morrer, como que se dando conta do que tinha feito com ela e sua família, algo negado durante a gestação. Na verdade, o medo do parto apareceu, nos relatos das três mulheres, que expressaram seu temor de morrer durante a cesariana e, assim, deixar suas famílias. Além disso, o parto foi um momento marcado por questionamentos e reflexões quanto a ser “barriga solidária”. No caso de Sabrina, ter que passar por um parto cesárea foi um momento traumático da experiência, pois ela desejava e havia se preparado para que o nascimento do bebê fosse via parto natural, mas que em virtude de complicações da gestação, ele não pôde ser realizado. Sabrina também demonstrou sua insatisfação com o corpo após o parto e a dificuldade em retornar a forma corporal que possuía antes da gravidez. Essas questões quanto a transformação corporal não surgiram para ela durante a gestação, o que leva a crer que provavelmente, ela não refletiu a respeito das consequências que ser “barriga solidária” poderiam acarretar em seu corpo. Dessa forma, ela apenas se deu conta do que havia feito com o seu corpo em um *a posteriori*, como ocorreu com Fantine. No caso de Elisabete, ela também temeu ser abandonada por Brigitte, estar só, durante a gestação e após o nascimento do bebê, o que certamente contribuiu também para a proximidade maior que se estabeleceu entre ela e a mãe biológica. Além disso, os medos de Elisabete se intensificaram com as mudanças que ocorreriam em sua vida após a entrega do

bebê, pois ela havia se mudado para uma outra cidade com seu filho e necessitava de um novo emprego para se subsidiar.

Um aspecto importante a ser discutido é que nos três casos, as mães biológicas dos bebês acompanharam o parto da mulher “barriga solidária” ao lado dela, dentro da sala de parto. Essa presença pareceu ser muito importante para as gestantes, pois não permaneceram sozinhas durante esse momento e também porque acreditavam que o casal deveria vivenciá-lo por serem os pais do bebê. No caso de Fantine e Elisabete, o pai do bebê acompanhou o nascimento do filho, estando, também, dentro da sala de parto. Somente no caso de Sabrina, o pai do bebê ficou do lado de fora, mas observou o nascimento do filho através de uma parede de vidro. Segundo o relato de Sabrina, ele permaneceu do lado de fora porque só era permitido um acompanhante no momento do parto, não sendo uma escolha dele permanecer um pouco distante. Seria conveniente que os hospitais revissem determinadas normas em relação aos acompanhantes durante o parto, principalmente, no contexto da gestação de substituição. Apesar dos poucos casos e ser um contexto relativamente novo, eles existem e é direito dos pais biológicos do bebê acompanharem o nascimento do filho da mesma forma como se ele fosse realizado pela mãe biológica. Além disso, é direito do pai acompanhar o nascimento de seu filho independente do contexto em que é realizada a gestação. Para Diniz (2005), a humanização do parto e o reconhecimento do direito da participação da parturiente nas decisões está relacionado ao diálogo com ela, à inserção do pai na sala de parto e também, pela participação das doulas. Além disso, deve-se aprofundar e melhorar o relacionamento entre a instituição hospitalar e os pacientes. Existe, ainda, uma legitimidade política que requer a humanização como uma forma de proteção dos direitos humanos e que pretende vincular os direitos reprodutivos, sexuais e sociais com a liberdade e equidade. Segundo Longo, Andraus e Barbosa (2010), apesar do Ministério da Saúde recomendar a participação de, pelo menos, um acompanhante no contexto do parto humanizado, atualmente, ainda existem diversos obstáculos que o impedem. Os motivos desse impedimento estão relacionados a falta de infraestrutura nos hospitais e pela pouca formação da equipe de saúde para tratar com ele.

As três participantes do estudo revelaram gratidão por terem tido a oportunidade de viver a experiência de gestação de substituição, que proporcionou transformações significativas em suas vidas. Elisabete e Sabrina destacaram que se sentiam ainda mais gratas pelas coisas que possuíam, atribuindo-lhes maior valor. No caso de Elisabete, ela disse que se sentia uma pessoa melhor e que ter passado por essa experiência lhe proporcionou uma maior

autoestima e uma razão para viver. Explicou que anteriormente à gestação de substituição, estava desiludida com a vida, sem propósitos, e que Emmanuel lhe despertou para a vida novamente. Ainda, Elisabete compreendeu que ter gestado o filho para uma outra mulher provou para si mesma que ela era capaz de realizar qualquer coisa que desejasse. O reconhecimento dessa experiência como positiva também foi encontrado nos estudos retrospectivos realizados por Van den Akker (2003) com 24 mulheres que realizaram a gestação de substituição. O aspecto positivo dessa experiência parece estar relacionado à amizade que elas mantinham com os casais e a capacidade delas de poder dar esperanças a esses casais. Ainda, os resultados apontaram que a maioria delas não apresentou nenhum tipo de psicopatologia após essa experiência, mas foi perceptível o aumento da autoestima. Além disso, a gestação de substituição parece ser uma forma de obter satisfação e valorização de si mesmas. No entanto, segundo Edelman (2004), é importante destacar que há casos nos quais as mulheres se propõem a gestar para outro casal como uma maneira de manejar seus sentimentos de culpa e ansiedade relacionados a vivências anteriores, como a perda de um filho. O momento da entrega do bebê para os pais biológicos também pode ser perpassado por sentimento de tristeza pela separação do bebê e do casal (Van den Akker, 2003).

Nos três casos, as mulheres “barrigas solidárias” manifestaram o desejo de que a mãe e o pai biológicos dos bebês contassem a eles que os mesmos foram gestados com o auxílio de uma “barriga solidária”. Fantine demonstrou esperar reconhecimento de Bernardo e Bianca pelo ato de tê-los gestado quando eles fossem maiores. Nos casos de Elisabete e Sabrina, elas desejavam que Emmanuel e Ariele, respectivamente, as vissem de maneira positiva por terem realizado a gestação de substituição para as mães deles. Contar aos filhos que foram gestados através da gestação de substituição parece ser um desejo dos casais. No estudo realizado por MacCallum, Lycett, Murray, Jadvá e Golombok (2003), todos os casais participantes da pesquisa manifestaram o desejo de contar ao filho a verdadeira história de sua gestação. Também o estudo realizado por Golombok, Murray, Jadvá, Lycett, MacCallum e Rust (2006), que englobou 34 famílias que recorreram à gestação de substituição, demonstrou que 97% dos participantes contaram ou planejavam contar para a criança como ela foi concebida e gestada.

As mulheres “barrigas solidárias” gostariam que as crianças as vissem de maneira positiva, que reconhecessem e valorizassem o ato de gestar solidariamente. O contato frequente com a mulher “barriga solidária” tende a contribuir para o melhor entendimento da criança sobre sua origem (Jadvá, Blake, Casey & Golombok, 2012). Dessa forma, faz-se importante a manutenção do relacionamento entre a mulher “barriga solidária” e o bebê para

ajudá-lo na compreensão da história de sua gestação e nascimento e na elaboração dessa experiência. Sabrina, ainda, demonstrou ter medo de que Ariele fosse excluída socialmente por ter sido gestada por uma “barriga solidária”. Temia, também, que durante a adolescência, ela se revoltasse por ser “diferente” das outras pessoas em virtude da forma como foi gestada. O caso de Sabrina torna-se, assim, uma exceção em meio a estudos que têm mostrado que o medo do estigma social, legal e emocional tem sido relacionado às preocupações da mãe e pai biológicos e não da mulher que gestou o bebê (Edelmann, 2004).

Por fim, nos três casos, as mulheres “barrigas solidárias” foram convidadas para ser madrinhas dos bebês gestados por elas, um gesto simbólico por parte do pai e mãe biológicos, pois ser madrinha é ser como uma “segunda mãe” na cultura ocidental. Assim, apesar de as participantes terem dito que não se viam e não gostariam de ser vistas como mães dos bebês que gestaram, simbolicamente, elas receberam da mãe e do pai biológicos esse reconhecimento e nomeação.

Aspectos singulares

Para além dos aspectos comuns, é importante salientar que cada experiência de gestação de substituição foi singular para cada mulher “barriga solidária”, que buscou se adaptar a essa vivência usando os recursos psíquicos que possuía, aliados aos recursos ambientais presentes naquele momento. Cada uma também lidou e elaborou, à sua maneira, os acontecimentos e vivências emocionais que perpassaram a sua experiência.

Faz-se importante ressaltar que a preocupação das mulheres “barrigas solidárias” em se discriminarem das mães biológicas fez-se presente em todos os casos e, de forma especial, em Fantine e Sabrina, que expressaram nas entrevistas que, ao longo da gestação, buscaram sempre discriminar entre o que lhes cabia nesse processo e o que cabia às mães e pais biológicos. As duas conseguiram gestar e, ao mesmo tempo, preservar seus interesses pessoais e atividades que já realizavam, assim como a privacidade delas e do casal, sem atravessar as fronteiras da intimidade do relacionamento entre eles.

Já no caso de Elisabete, a relação com a mãe biológica se tornou extremamente íntima, quase uma simbiose, uma “gestação a duas”. Ela decidiu abdicar de todas as atividades que realizava e de seu lar para ir morar com o casal para o qual gestava quando estava com seis meses de gravidez. É possível observar que ela estava vivenciando essa gestação tão profundamente que se distanciou do trabalho, de sua casa e da mãe para se dedicar à Brigitte e Marcos. Além disso, levou o filho Joaquim consigo também o fazendo mudar de vida e se

adaptar a um ambiente totalmente novo e inesperado. Ainda, ela não conseguiu perceber que as mudanças de comportamento do filho estavam relacionadas a todas essas modificações na vida dela e na da criança. Parece que a escolha de Elisabete por mudar-se de cidade e de lar estava relacionada ao que ela acreditava ser melhor para ela e não para Joaquim, como ela tentou se convencer em seu relato. Na “gestação a duas” experienciada por Elisabete, com a presença da mãe biológica ao longo de toda gestação, foi possível perceber que o corpo de Elisabete foi usado como uma “extensão” do corpo de Brigitte, proporcionando um compartilhamento simbólico do corpo com a amiga. Nesse viés, cabe destacar ainda que, várias vezes, Brigitte tentou exercer controle sobre o corpo de Elisabete, especialmente sobre a sua alimentação, como se fosse uma extensão do seu próprio corpo, fazendo a gestante se sentir extremamente desconfortável com essa vigilância externa.

Outra peculiaridade de Elisabete foi a comparação constante que fazia no seu relato entre a gestação de Emmanuel e a gestação de Joaquim, seu filho. Com essas comparações, ela demonstrava, assim, reações comuns às das mães que estão gestando o segundo filho (Vivian, Lopes, Geara & Piccinini, 2013). Essas reações indicam que, inconscientemente, Elisabete vivenciava essa gestação como se fosse a de um “segundo filho”, mesmo sabendo e afirmando, conscientemente, que o filho era de Brigitte. É importante destacar que essas comparações não apareceram no relato de Fantine que, de modo semelhante, já havia passado por outras duas gestações. Elisabete mencionou ainda que ela se preocupou mais na gestação de Emmanuel do que gestação de seu próprio filho. Para ela, gestar para outra pessoa exige mais responsabilidade e cuidado. Essa concepção de Elisabete traduz a responsabilidade que é para a mulher “barriga solidária” realizar o sonho de um casal de ter um filho, podendo se transformar em uma demanda grande demais para uma pessoa. Além disso, as preocupações e os medos em relação à gravidez de Joaquim e Emmanuel foram distintas em alguns aspectos. Elisabete disse que ao gestar Joaquim, ela teve medo de não ser uma boa mãe para ele e de ser incapaz de suprir as demandas do bebê. Dessa forma, ela não pôde vivenciar a gestação de maneira proveitosa, pois a angústia permeou toda a sua vivência. Em relação à gestação de Emmanuel, ela não teve essas preocupações porque não teria que cuidá-lo após o nascimento dele, logo, pôde aproveitar todos os momentos da gestação sem preocupar-se com as demandas da maternidade.

Nos casos de Fantine e de Elisabete, que já tinham seus próprios filhos, foi interessante observar também a reação dos mesmos à gestação de substituição. Melanie, a filha adolescente de Fantine, compreendeu o gesto da mãe como um gesto bonito e solidário.

No entanto, o seu filho mais novo, de 3 anos, não compreendia muito bem o que estava acontecendo, referindo-se ao bebê como “*mano*”, apesar das explicações da mãe de que não se tratava de um irmão e sim de um primo. Elisabete também explicava para o filho Joaquim, de 7 anos, que estava gestando o “*priminho*” dele. Joaquim pareceu compreender que não se tratava de um irmão, mas é interessante que a mãe relatou que ele brincava simbolicamente de carrinho sobre a barriga de sua mãe, demonstrando que, inconscientemente, brincava como um irmão que aguarda a chegada de um novo irmão para poder brincarem juntos pessoalmente.

O relacionamento das mulheres “barrigas solidárias” com os homens, pais dos bebês, ocorreu diferentemente nos três casos. Apesar de Fantine, Elisabete e Sabrina permitirem que os pais do bebê tocassem em suas barrigas e interagissem com o bebê, a relação estabelecida entre eles durante a gestação foi influenciada pelos vínculos estabelecidos anteriormente à ela. Fantine apresentou uma relação de proximidade e de liberdade com o cunhado, aparentemente, em decorrência do vínculo que ela e Jean estabeleceram por conviverem há muitos anos enquanto família. No caso de Elisabete e Sabrina, também havia liberdade e proximidade, mas os pais não interagiram com tanta frequência como no caso de Fantine. Eles se mantiveram mais distantes da mulher “barriga solidária”, provavelmente, por ela ser amiga da esposa e não uma familiar. Dessa forma, parece que Marcos e Artur não queriam ultrapassar os limites estabelecidos por uma amizade e nem a privacidade da gestante. Ainda, Artur foi o pai que menos interagiu com a mulher “barriga solidária”, participando pouco da vivência da gestação de substituição de Sabrina. O relacionamento estabelecido entre os casais e as mulheres “barrigas solidárias” desta pesquisa estão de acordo com os resultados do estudo retrospectivo realizado por Ciccarelli (1997) com 14 mulheres que foram gestantes substitutas. Os achados revelaram que elas, frequentemente, mantêm um bom relacionamento com o casal durante a gestação de substituição (Ciccarelli, 1997). Segundo a revisão de literatura realizada por Ciccarelli e Beckman (2005) na área da Psicologia sobre a gestação de substituição, esse vínculo desenvolvido pela tríade tende a permanecer por um longo tempo após o nascimento do bebê.

A discriminação observada durante a gestação de Fantine e Sabrina se manteve no momento de entrega e separação dos bebês. Fantine mencionou que o fato de ter se mantido ativa e voltada para sua família facilitou a entrega dos bebês e a separação dos mesmos. Dessa forma, após duas semanas na casa da irmã amamentando os bebês, Fantine retornou ao lar e permaneceu ao lado de sua família, retomando suas atividades rotineiras. O mesmo ocorreu

com Sabrina após o bebê nascer. Elisabete, por outro lado, permaneceu morando com o casal por mais quatro meses até ir morar em um outro local. Apesar disso, tentou não interferir na intimidade do casal com o filho, como nos dois outros casos, deixando-os aprofundar os vínculos com seus bebês. Ela, como Sabrina, também relatou que passou a dispensar um tempo para cuidar de si mesma e para se restabelecer após o fim da gestação. Assim, aparentemente, a separação das mulheres “barrigas solidárias” e os bebês parece ter ocorrido tranquilamente e sem sofrimento. Já

O que as mulheres “barrigas solidárias” destacaram sobre as preocupações e medos delas em relação ao bebê, merece ser discutido. Fantine, Elisabete e Sabrina mencionaram que se preocupavam com a saúde e o desenvolvimento saudável do bebê. Elas temiam as malformações do bebê e a morte dele em alguma etapa da gravidez. Dessa forma, elas sempre procuravam se certificar que ele ainda estava vivo. No imaginário das gestantes, é comum que elas desenvolvam uma reprodução negativa a respeito do bebê que estão gestando. O medo de se confrontar com um bebê com problemas e malformações são frequentes durante a gestação. (Bruschweiler Stern, 1998)

O medo perpassou as experiências de Elisabete e Sabrina durante toda a gestação de substituição. No caso de Fantine, ela somente se tornou consciente de seus medos próximo ao momento do parto, mais uma vez, em um processo *a posteriori*. No caso de Sabrina, ter que passar por um parto cesárea foi um momento traumático da experiência, pois ela desejava e havia se preparado para que o nascimento do bebê fosse via parto natural, mas que em virtude de complicações da gestação, ele não pôde ser realizado. As fantasias que perpassam o medo de morrer durante o parto estão relacionadas à vinculação desenvolvida no pré-natal com o bebê e à organização psíquica da gestante durante a gravidez (Bruschweiler Stern, 1998; Maldonado, 2002). Dessa forma, é possível dizer que havia um vínculo entre as mulheres “barrigas solidárias” e o bebê mesmo que elas tentassem usar diversas estratégias para não pensar sobre ele ou interagir com ele. Ao mesmo tempo que no imaginário dessas gestantes elas evitam o bebê, o crescimento da barriga ao longo da gravidez escancarava que ele estava ali, presente o tempo todo.

No caso de Elisabete, ela também temeu ser abandonada por Brigitte após o nascimento do bebê. Apesar de conhecer a personalidade da amiga e modo dela agir, ela sentia medo do rompimento da amizade e de se afastar do casal (Van den Akker, 2007). Além disso, Elisabete também temia as mudanças que ocorreriam em sua vida após a entrega do

bebê, pois ela havia se mudado para uma outra cidade com seu filho e necessitava de um novo emprego para se subsidiar.

Após o parto, a amamentação dos bebês se deu de forma diferente nos três casos. Fantine permaneceu na casa do casal, durante quinze dias, alimentando os gêmeos com o leite próprio misturado com o leite em pó para recém nascidos. Cabe destacar que Jeane tomou hormônios para produzir leite e alimentar os filhos em seu peito, mas sua produção foi muito pouca, sendo insuficiente para isso. No caso de Elisabete, ela optou por não amamentar o bebê porque foi na amamentação de seu filho que ela aprofundou o vínculo com ele. Dessa forma, ela não desejava que o mesmo ocorresse em relação a Emmanuel, pois ele não era filho dela e sim, de Brigitte. No caso de Sabrina, ela não pôde escolher amamentar ou não o bebê. O médico interveio na decisão dela e de Joice a respeito da amamentação, dizendo que o ato de Sabrina amamentar o bebê não seria uma atitude prudente e poderia causar sofrimento no momento da separação dos dois. Assim, Sabrina tomou hormônios receitados pelo médico para o leite dela secar enquanto que Joice tomou hormônios para o leite dela ser produzido. No entanto, a mãe biológica do bebê não obteve sucesso nesse processo, tendo que recorrer ao leite em pó para alimentá-lo.

É importante discutir a administração desses hormônios no corpo dessas mulheres e o impacto disso em suas vidas. As mulheres “barrigas solidárias” precisam tomar hormônios para que o útero se prepare para receber o embrião e não rejeitá-lo. As mães biológicas dos bebês precisam fazer uso dos hormônios para induzir a ovulação para a FIV. Após o nascimento dos bebês, foi possível observar nos casos de Fantine e Sabrina, que as mães biológicas continuaram fazendo uso de hormônios para produzir leite e amamentar os filhos através do peito. O principal motivo para que as mães biológicas induzam a produção do leite em si mesmas consiste em estabelecer e aprofundar o relacionamento entre elas e o bebê, além de fornecer os nutrientes necessários a ele, superiores aos do leite em pó para recém-nascidos (Biervliet, Maguiness, Hay, Killick & Atkin, 2001). No entanto, podemos pensar nos efeitos maléficos para a mulher do uso desses hormônios para induzir a produção de leite, afetando de algum modo, sua saúde, levando-se em consideração ainda o fato de que o corpo delas não teve o preparo que ocorre durante uma gestação. Cabe questionar também, quanto às mulheres “barrigas solidárias”, o uso que fazem de hormônios que inibem a amamentação, e em que medida essa administração não seria uma violação do percurso natural do corpo após o parto.

É importante destacar que a relação atual das mulheres “barrigas solidárias” com os bebês é de proximidade, mas ocorre de maneira singular nos três casos. Fantine mora em uma cidade distante de sua irmã, dessa forma, visita Bernardo e Bianca de acordo com sua disponibilidade. No entanto, procura se informar sobre como os bebês estão, ligando frequentemente para Jeane. Elisabete é vizinha do casal para o qual gestou e tem muito contato com Emmanuel e Brigitte. No caso de Sabrina, ela também mora na mesma cidade que os pais do bebê e procura manter contato com o casal e com a criança regularmente. A literatura mostra que, a longo prazo, o bem estar da criança que nasceu através da gestação de substituição parece estar relacionado à preservação do relacionamento desta com a mulher que a gestou e a quantidade de contato entre elas (Jadva, Blake, Casey & Golombok, 2012). No entanto, em uma pesquisa realizada com famílias que recorreram à gestação de substituição para terem seus filhos biológicos, os resultados mostraram que após o nascimento do bebê, apenas 66% dos casais concordaram com contato regular da criança com a mulher que a gestou, sendo que 10% desejaram que a mulher “barriga solidária” ocupasse uma posição especial na vida do bebê, como ser a madrinha dele, 14% dos casais mantiveram contato com ela sem que ela tivesse contato com a criança e 10% optaram por nenhum tipo de relacionamento com a mulher que gestou para eles (MacCallum, 2003).

Percebe-se, ainda, que a relação de Elisabete e Emmanuel é intensa, de forma similar à que Brigitte tem com Joaquim, filho de Elisabete. Inclusive, muitas vezes, realiza o papel de cuidadoras buscando na creche, passeando ou tendo um tempo a sós com a criança. Aparentemente, parece que as duas mães compartilham do cuidados dos filhos, assim como, da sua criação. Em um estudo antropológico realizado no sul do Brasil, Fonseca (2002) faz considerações importantes sobre a “circulação de crianças” e os cuidados dispensados a elas por outras pessoas que não a mãe biológica. Nesse trabalho, a autora discute que os cuidados com as crianças não cabem somente à mãe biológica ou ao casal. Eles podem convocar uma rede de pessoas que não integram a família ou que não detenham algum grau de parentesco. Apesar do dito popular “mãe é uma só”, pode-se perceber que vários indivíduos são capazes de exercer as funções de mãe e estabelecer uma relação de cuidado com a criança, atendendo a uma necessidade dela, no contexto em que está inserida. No caso de Elisabete, a relação dela com Emmanuel e a relação de Brigitte com Joaquim parecem demonstrar mais claramente essa dinâmica.

A respeito da percepção social da gestação de substituição, Sabrina manifestou seu desejo de que a gestação de substituição se tornasse mais conhecida no Brasil e mais

compreendida pelas pessoas como um gesto solidário. Além disso, disse que gostaria que a comunidade tivesse a consciência que ser “barriga solidária” é diferente de ser “barriga de aluguel”. Já Elisabete manifestou o desejo de que as pessoas considerassem a gestação de substituição como um ato benéfico.

Para finalizar, Fantine e Sabrina expuseram que, por vezes, parecia que não haviam passado pela experiência de gestação de substituição. Fantine disse que não se lembrava da experiência com regularidade. Pode-se pensar na grande exigência que foi para elas tomar consciência *a posteriori* das vivências, bem como dos riscos que cercaram a gestação de substituição, os quais podem ter contribuído para o “esquecimento” ou “congelamento” da experiência. Sabrina também tomou consciência *a posteriori* do impacto da gestação de substituição, especialmente ao se dar conta das transformações sofridas em seu corpo. Além disso, alegou que não acreditava que Ariene esteve em seu útero e que foi gestada por ela. Ainda, em seu discurso, definiu-se como uma máquina que possui um botão de ligar e desligar, o qual permaneceu desligado durante a gestação de substituição. Podemos fazer uma analogia entre essa metáfora de Sabrina e a noção de congelamento da experiência, desenvolvida por Winnicott (1974/1994) para explicar processos psíquicos que se desenvolvem em função dos efeitos de vivências traumáticas (Fulgencio, 2013). Loparic (2006) elucida esses processos psíquicos que ganharam visibilidade na teoria de Winnicott, em termos de um “não-acontecido e não-mental”, que ficou congelado e armazenado, sem simbolização. A maneira como Fantine e Elisabete lidaram com suas experiências não corrobora os resultados da pesquisa realizada Van den Akker (2003), cujos achados demonstraram que as mulheres que realizam a gestação de substituição apresentaram capacidade de reestruturar-se cognitivamente de modo que passar por essa experiência não as impactou psicologicamente. Para Oliveira (2014), independentemente do processo de gestação de substituição ser pago ou altruísta, a mulher que aceita ser “barriga solidária” consente em adentrar em uma experiência desconhecida, obscura e sem consciência de como será o vínculo dela com o bebê. Dessa forma, é impossível prever e assegurar como será para essa mulher a experiência da gestação, assim como, as reações dela diante desse contexto.

4.3 Considerações finais

A possibilidade de dar lugar de fala às mulheres “barrigas solidárias” se mostrou muito útil e relevante, ao possibilitar momentos de reflexão, oportunos pela escuta diferenciada de uma psicóloga e pesquisadora de abordagem psicanalítica. Essa escuta possibilitou às

mulheres colocar em palavras vivências até então soterradas ou congeladas em seus percursos singulares de gestação de substituição. Do ponto de vista da produção de conhecimento, possibilitou também dar visibilidade a um fenômeno que já vem ocorrendo há algum tempo.

Para isso, o estudo de casos múltiplos proposto por Stake (2006) foi a melhor opção como método porque não buscou-se a generalização dos casos e sim, o entendimento da experiência de cada mulher “barriga solidária” em sua singularidade. A análise de dados a partir do relato clínico propiciou uma descrição detalhada e a interpretação aprofundada de cada caso. Também, permitiu à pesquisadora expor suas percepções, atos falhos, contratransferências e impressões observadas durante todo o processo de pesquisa e escrita sem que isso diminuísse o rigor científico, pois cada caso foi examinado e discutido com a orientadora. Cabe lembrar que apesar de a coleta de dados ter ocorrido de maneira virtual, através de uma máquina e de uma chamada de áudio e vídeo, foi possível captar e identificar os aspectos relevantes da experiência das mulheres “barrigas solidárias”. Além disso, embora a visão da pesquisadora tenha sido limitada por uma tela de computador, os gestos e expressões faciais das participantes foram observados e contribuíram para a elaboração do relato clínico e para a análise dos dados.

Os resultados demonstraram que as motivações que levaram Fantine, Elisabete e Sabrina gestar por uma outra mulher estiveram relacionadas à capacidade de serem empáticas com o sofrimento dessas mulheres que não podiam gestar por si mesmas. Ceder o próprio corpo e gestar um filho que não é seu demanda um desprendimento dos próprios interesses em prol dos interesses de outros. Trata-se, ainda, de limitar a vida, a realização de planos e de sonhos pessoais para dedicar-se a possibilitar a maternidade e paternidade a um casal. A experiência da gestação de substituição se mostrou atravessada por muitos medos e preocupações, principalmente em relação à morte do bebê e ao momento do parto. As transformações positivas apontadas pelas mulheres se expressaram por um sentimento de gratidão, crescimento da autoestima e alegria em poder proporcionar felicidade ao casal. Destaca-se que elas esperam ser reconhecidas pelas crianças, quando estas forem mais velhas, pelo gesto de tê-los gestados, mesmo estando conscientes de que o filho que gestavam não era delas. Além disso, salienta-se que esse reconhecimento da participação das mulheres “barrigas solidárias” na vida dessas crianças já veio dos próprios mãe e pai biológicos, que as convidaram para serem madrinhas dos bebês. Ainda, faz-se importante questionar quanto ao requisito da gestação de substituição ser realizada somente de modo altruísta em alguns países. Esse aspecto pode moralizar o processo da gestação e contribuir para a formação de

preconceitos em relação às gestantes substitutas e aos casais que recorrem à ela. Logo, a gestação de substituição não deve ser julgada, mas compreendida a partir de uma perspectiva holística do fenômeno e das trajetórias dos sujeitos envolvidos sem qualquer moralização, principalmente, no âmbito da Psicologia.

Dessa forma, os estudos sobre a temática são importantes, pois leva-se em consideração que essa prática tem sido cada vez mais difundida e discutida socialmente. Os resultados deste e de outros estudos podem contribuir para o fortalecimento de políticas públicas e na construção de uma legislação que assegure uma experiência mais saudável e menos preconceituosa para a gestante e para a família.

Para finalizar, cabe lembrar que a cessão dos cuidados de crianças a membros da família (ex. avós, tios) ou a membros da comunidade, como mostra Fonseca (2002) em seu estudo antropológico sobre “circulação de crianças”, é um fenômeno que sempre existiu na história da humanidade, mas que agora pode ser realizado já na gestação. Por meio desse estudo, buscamos compreender um pouco da experiência dessas mulheres que gestam para outras mulheres, assim como é interessante termos acesso às experiências das amas de leite que amamentam os filhos de outras mulheres, ou que cuidam dos seus filhos. Esperamos que o estudo tenha conseguido transmitir e elucidar, um pouco ao menos, dessa experiência, tal como foi transmitida pelas mulheres “barrigas solidárias”, mesmo sabendo que muitas coisas permanecem sem respostas. Assim, podemos nos perguntar que registros mnêmicos ficarão desse percurso de gestação de substituição, tanto para a criança quanto para a mulher “barriga solidária”, o que nos estimula a dar continuidade e seguir aprofundando neste tema, como pretendo realizar no meu doutorado.

REFERÊNCIAS

- Basha, C. (2017). Socio-cultural analysis of surrogacy. *International Journal of Research in Economics and Social Sciences*, 7 (10), 532-542. Disponível em: <http://euroasiapub.org/wp-content/uploads/2017/11/57ESSOct-5629.pdf>
- Benshushan, A., & Schenker, J. G. (1997). Legitimizing surrogacy in Srael. *Hum. Reprod.*, 12, 1832-1834. Doi: 10.1093/humrep/12.8.1832.
- Bhalla, N., & Thapliyal, M. (2013). Foreigners are flocking to India to rent wombs and grow surrogate babies. Disponível em: <https://www.businessinsider.com/india-surrogate-mother-industry-2013-9>
- Bhatia, K., Martindale, E. A., Rustamov, O., & Nysenbaum, A. M. (2009). Review Surrogate pregnancy: an essential guide for clinicians. *Obstetrician & Gynaecologist*, 11, 49-54. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1576/toag.11.1.49.27468>
- Biervliet, F. P., Maguiness, S. D., Hay, D. M., Killick, S. R., & Atkin, S. L. (2001) Induction of lactation in the intended mother of a surrogate pregnancy: Case report. *Human Reproduction*, 16 (3), 581–583. Doi: 10.1093/humrep/16.3.581
- Blyth, E. (1994). "I wanted to be interesting. I wanted to be able to say "I've done something interesting with my life": Interviews with surrogate mothers in Britain. *J. Reprod. Infant Psychol.*, 12, 189-198. Doi: 10.1080/02646839408408885.
- Braga, M. G. R., & Amazonas, M. C. L. A. (2005). Família: maternidade e procriação assistida. *Psicologia em Estudo*, 10(1), 11-18. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722005000100003>.
- Brindesden, P. R. (2003). Gestacional Surrogacy. *Human Reproduction Update*, 9 (5), 483–491, <https://doi.org/10.1093/humupd/dmg033>.
- Bruschweiler Stern, N. (1998). Early emotional care for mothers and infants. *Pediatrics*, 102,1278–1281.
- Capistrano, A. C. C., & Goetz, E. R. (2011). Psicogênese da infertilidade. In E. R. Goetz & E. C. Manfroí (Org.). *Ele e Ela grávidos!* (pp.151-176). Curitiba: Juruá.
- Chagas, M. C., & Nogueira, M. A. P. (2013). Maternidade de sub-rogação e direitos fundamentais: o planejamento familiar e gestação em útero alheio. *Revista da Faculdade de Direito*, 34(1), 333-354. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/11849>.
- Ciccarelli, J. C. (1997). *The surrogate mother: A post-birth follow-up study*. Unpublished Doctoral Dissertation. Los Angeles: California School of Professional Psychology. Disponível

em:https://www.researchgate.net/publication/34005378_The_surrogate_mother_A_post-birth_follow-up_study

- Ciccarelli, J. C., & Beckman, L. J. (2005). Navigating rough waters: An overview of psychological aspects of surrogacy. *The Journal of Social Issues*, 61, 21-43. Doi: 0.1111/j.0022-4537.2005.00392.x.
- Colman, L. L., & Colman, A. D. (1994). *Gravidez: A Experiência Psicológica*. (F. M. de Ferro, Ed.). Lisboa: Colibri.
- Conselho Federal de Medicina (2017). *Resolução CFM N° 2.168/2017 de 10 de novembro de 2017*. Disponível em <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2168>
- Conselho Federal da Suíça (2013). *Rapport sur la maternité de substitution en exécution du postulat 12.3917 du 28 septembre*. Suíça, 29 novembro de 2013. Disponível em: <https://www.bj.admin.ch/dam/data/bj/aktuell/news/2013/2013-11-29/ber-br-f.pdf>
- Conselho Nacional de Justiça. *Enunciado n° 45*, de 15 de maio de 2014.
- Conselho Nacional de Justiça. *Provimento n° 63*, de 14 de novembro de 2017.
- Conselho Nacional de Saúde. *Resolução CNS N° 510 de 7 de abril de 2016*. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>.
- Corrêa, M. C. D. V. (2000). Novas tecnologias reprodutivas: Doação de óvulos. O que pode ser novo nesse campo? *Cad. Saúde Pública*, 16(3), 863-870. Recuperado em 13 de abril de 2012. Disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000300036&lang=pt
- Corrêa, M. C. D. V., & Loyola, M. A. (2015). Tecnologias de reprodução assistida no Brasil: opções para ampliar o acesso. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25(3), 753-777. Doi:10.1590/S0103-73312015000300005.
- Crockin, S. L. (2013). Growing families in a shrinking world: legal and ethical challenges in cross-border surrogacy. *Reproductive BioMedicine Online*, 27(6), 733– 741. Doi:10.1016/j.rbmo.2013.06.006
- Crockin, S. L., & Jones H.W. Jr. (2010). *Legal Conceptions: The Evolving Law and Policy of Assisted Reproductive Technologies*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Diniz, C. S. G. (2005). Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Cien Saude Colet.*, 10(3), 627-637. Doi: 10.1590/S1413-81232005000300019
- Diniz, M. H.(2001). *O estado atual do biodireito*. São Paulo: Saraiva.
- Diniz, M. H. (2008). *Curso de direito civil brasileiro*. (19. ed.). São Paulo: Saraiva.

- Dornelles, L.M.N., Maccallum, F., Lopes, R. S. C., Piccinini, C. A., & Passos, E. P. (2013). 'Living each week as unique': Maternal fears. assisted reproductive technology pregnancies. *Midwifery*, 30, 115-120. Doi: 10.1016/j.midw.2013.12.005
- Dornelles, L. M. N., & Lopes, R. C. S. (2010). Desafios para a maternidade no contexto da reprodução medicamente assistida: terceiro mês do bebê. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 15(3), 251-257. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2010000300004>
- Dornelles, L. M. N., & Lopes, R. C. S. (2011). Será que eu consigo levar essa gestação até o fim? A experiência materna da gestação no contexto da reprodução assistida. *Estudos de Psicologia*, 28(4), 489-499. Disponível em <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/114636/000938979.pdf?sequence=1>
- Edelmann, R. J. (2004). *Surrogacy: the psychological issues*. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 22(2), 123–136. Doi:10.1080/0264683042000205981
- Erikson, E. H. (1987). *Identidade: Juventude e Crise*. (A. Cabral, Trad.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara S.A.
- Espindola, A. T., Benute, G. R. G., Carvalho, M. H. B., Pinto, K. O., Lúcia, M. C. S., & Zugaib, M. (2006). Crenças sobre gestação, parto e maternidade em mulheres gestantes com histórico de abortamento habitual. *Psicologia Hospitalar*, 4(1), 1-24. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S167774092006000100004&lng=pt&tlng=pt.
- Fernández Jimeno, N. (2016). Desafiando la institución de la maternidad: reapropiaciones subversivas de las tecnologías de reproducción asistida (TRA). *Revista iberoamericana de ciencia tecnología y sociedad*, 11(31), 119-146. Disponível em: http://www.scielo.org.ar/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S185000132016000100007&lng=pt&tlng=es.
- Ferrari, H. (2011). Qué nos enseña Freud acerca del relato clínico psicoanalítico. In M. Vorchheimer (Coord.), *XXXIII Simposio Anual: relatos de la clínica*. Buenos Aires: Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires.
- Ferreira, C. P. (2011). Seria a moralidade determinada pelo cérebro? Neurônios-espelhos, empatia e neuromoralidade. *Physis*, 1 (21), 471- 489. Doi: 10.1590/S0103-73312011000200008
- Ferriani, R., & Navarro, P. (2004). *Protocolos de conduta em infertilidade conjugal*. São Paulo: Conexão Brasileira de Computação Gráfica.
- Figueiredo, H.M.V.S. (2005). *A procriação medicamente assistida e as gerações futuras*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.

- Fonseca, C. (2002). Mãe é Uma Só?: Reflexões em Torno de Alguns Casos Brasileiros. *Psicologia USP*, 13(2), 49-68. Doi: 10.1590/S0103-65642002000200005
- Forjaz, M. (2011). *O grande livro da Grávida: Concepção. Exames médicos. Gravidez mês a mês. Parto feliz*. Lisboa: A Esfera dos Livros.
- Freire, T. C. G. (2009). O aborto é uma dor narcísica irreparável? *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 9(3), p. 1007-1022. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v9n3/12.pdf>
- Freud, S. (1996). A etiologia da histeria. In J. Strachey (Org.). *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 3, pp.189-215). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho originalmente publicado em 1896).
- Freud, S. (1996). O mal-estar na civilização. In J. Strachey (Org.). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 21, pp.73-148). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho originalmente publicado em 1929).
- Freud, S. (1996). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 2, pp.39-53). In J. Stachey (Org.). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1893.)
- Freud, S. (1996). Sobre o narcisismo: uma introdução. In J. Stachey (Org.). *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp.75-108). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1914.)
- Fulgencio, L. (2013). Ampliação winnicottiana da noção freudiana de inconsciente. *Psicologia USP*, 24(1), 143-164. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v24n1/v24n1a08>
- Gallo, J. H. S., & Gracindo, G. C. L. (2016). Reprodução assistida, direito de todos. E o registro do filho, como proceder? *Revista Bioética*, 24(2), 250-259. Doi: 10.1590/1983-80422016242125
- Gamble, N. (2009). Crossing the line: The legal and ethical problems of foreign surrogacy. *Reproductive BioMedicine online*, 19(2), 151–152. Doi:10.1016/s1472-6483(10)60064-8
- Golombok, S. (2006). Non-genetic and non-gestational parenthood: consequences for parent-child relationships and the psychological well-being of mothers, fathers and children at age 3. *Human Reproduction*, 21(7), 1918–1924. Doi:10.1093/humrep/del039
- Golombok, S., Murray, C., Jadvá, V., MacCallum, F., & Lycett, E. (2004). Families created through surrogacy arrangement: parent-child relationships in the 1st year of life. *Dev Psychol*, 40, 400–411. Doi: 10.1037/0012-1649.40.3.400.
- Golombok, S., Murray, C., Jadvá, V., Lycett, E., MacCallum, F., & Rust J. (2006). Non-genetic and non-gestational parenthood: consequences for parent-child relationships and the

psychological well-being of mothers, fathers and children at age 3. *Hum Reprod.*, 21(7), 1918-1924. Doi: 10.1093/humrep/del039

Gugucheva M. (2010). *Surrogacy in America*. Cambridge: Council for Responsible Genetics. Available from: <http://www.councilforresponsiblegenetics.org/pagedocuments/kaevej0a1m.pdf>. Accessed July 29, 2015.

Harrison, M. (1990). Psychological ramification of “surrogate” motherhood. In N. L. Stoland, (Ed.), *Psychiatric Aspects of Reproductive Technology* (pp. 97-112). Washington DC: American Psychiatry Press.

Izzo, V., & Izzo, C.(2004). Fertilização assistida. In: J. Pinotti & A. Barros, *Ginecologia moderna* (pp 305-309). Rio de Janeiro: Revinter.

Jadva, V., Blake, L., Casey, P., & Golombok, S. (2012). Surrogacy families 10 years on: relationship with the surrogate, decisions over disclosure and children’s understanding of their surrogacy origins. *Hum Reprod.* 27, 3008–3014. Doi: 10.1093/humrep/des273.

Jadva, V., Murray, C., Lycett, E., MacCallum, F., & Golombok, S. (2003). Surrogacy: the experiences of surrogate mothers. *Human Reproduction*, 18(10), 2196-2204. Doi: 10.1093/humrep/deg397.

Lamba, N. , Jadva, V., Kadam, K., & Golombok, S. (2018). The psychological well-being and prenatal bonding of gestational surrogates. *Human Reproduction*, 33(4) 646–653. Doi:10.1093/humrep/dey048

Langdridge, D., Connolly, K., & Sheeran, P. (2000). Reasons for wanting a child: A network analytic study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18, 321–338. Doi: 10.1080/713683044

Leite, R. R. Q., & Frota, A. M. M. C. (2014). O desejo de ser mãe e a barreira da infertilidade: uma compreensão fenomenológica. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 20(2), 151-160. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672014000200002&lng=pt&tlng=pt.

Lima, A. (2004). *Bioética e antropologia*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Lindgren, K. (2001). Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Research in Nursing & Health*, 24, 203-217. Doi: 10.1002/nur.1023.

- Lins, P. G. A., Patti, E. A. M. R., Peron, A. C., & Barbieri, V. (2014). O sentido da maternidade e da infertilidade: um discurso singular. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 31(3), 387-392. <https://dx.doi.org/10.1590/0103-166x2014000300007>
- Longo, C. S. M., Andraus L.M. S., & Barbosa M. A. (2010). Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. *Eletr. Enf.*, 12(2), 386-391. Doi: 10.5216/ree.v12i2.5266.
- Loparic, Z. (2006). De Freud a Winnicott: aspectos de uma mudança paradigmática. *Revista de Filosofia e Psicanálise Natureza Humana*, 8(Especial 1), 21-47. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-432X2006000100004
- Lopes, R. C. S., Piccinini, C. A., Dornelles, L. M. N., Silva, I. M., & Passos, E. P. P. (2007). *Transição para a parentalidade e a relação conjugal no contexto da reprodução assistida: Da gestação ao primeiro ano de vida do bebê*. Projeto não publicado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- Loyola, M. A. (2003). Sexualidade e medicina: a revolução do século XX. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(4), 875-884. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n4/16839b>.
- Lozanski, K. (2014). Transnational surrogacy: Canada's contradictions. *Social Science & Medicine*, 124, 383-390. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.10.003>
- Luna, N. (2005). Natureza humana criada em laboratório: biologização e genetização do parentesco nas novas tecnologias reprodutivas. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 12(2), 395-417. Doi: 10.1590/S0104-59702005000200009
- MacCallum, F., Lycett, E., Murray, C., Jadva, V., & Golombok, S. (2003). Surrogacy: the experience of commissioning couples. *Hum Reprod.*, 18(6). Doi:10.1093/humrep/deg253
- Macnaughton, M. J. (1992). Surrogacy. *Assist Reprod Genet*, 9, 179. <https://doi-org.ez45.periodicos.capes.gov.br/10.1007/BF01203806>.
- Maldonado, M. T. (2002). *Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério* (16ª ed.). São Paulo: Editora Saraiva.
- Milliez, C. J. (2008). Surrogacy: FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 102, 312-313. Doi: 10.1016/j.ijgo.2008.04.016
- Markens, S. (2012). The global reproductive health market: US media framings and public discourses about transnational surrogacy. *Social Science & Medicine*, 74, 1745–1753. Doi: 10.1016/j.socscimed.2011.09.013

- Montero, Laura. (2015). Proyecto de Ley S-2574 (pp. 1-14). El Senado y Cámara de Diputados de la Republica de Argentina. Argentina: Buenos Aires. Disponível em: <https://www.senado.gov.ar/parlamentario/comisiones/verExp/2574.15/S/PL>
- Mordcovich, N. (2011). Una contribución a la idea de “relato”. In M. Vorchheimer (Coord.), *XXXIII Simposio Anual: relatos de la clínica*. Buenos Aires: Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires.
- Moura, A., & Nikos, I. (2001). Estudo de caso, construção de caso e ensaio metapsicológico: da clínica psicanalítica à pesquisa psicanalítica. *Pulsional: Revista de Psicanálise*, 13, (140/141), 69-76. Disponível em: http://www.editoraescuta.com.br/pulsional/140_141_08.pdf
- Nakash, A., & Herdiman, J. (2007). Surrogacy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 27, 246–251. Doi:10.1080/01443610701194788
- Oliveira, A. S. (2014). *Útero de substituição: a autonomia privada e o direito ao corpo*. Dissertação (mestrado em Direito). Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Oliveira, G. P., & Terzis, A. (2011). O narcisismo dos casais que se submeteram à fertilização in vitro com receptação de óvulos doados: uma pesquisa bibliográfica. *Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 12, 5-13. Recuperado em 29 de dezembro de 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v12n1/v12n1a02.pdf>.
- Pereira, R. C. (2003). *Direito de Família: Uma abordagem psicanalítica*. (3. ed.) Belo Horizonte: del Rey.
- Pérez Monge, M. (2002). *La Filiación Derivada de Técnicas de Reprodução Assistida*. Colégio de registradores de la Propiedad y Mercantiles de España. Madrid: Fundación Beneficencia et peritia iuris.
- Piccinini, C. A., Gomes, A. G., De Nardi, T., & Lopes, R. S (2008). Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo*, 13(1), 63-72. Doi: 10.1590/S1413-73722008000100008.
- Piccinini, C. A., Silva, Mi. R., Gonçalves, T. R., Lopes, R. S., & Tudge, J. (2004). O envolvimento paterno durante a gestação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), 303-314. Doi: 10.1590/S0102-79722004000300003
- Postgate, J. N. (1992). *Early Mesopotamia society and economy at the dawn of history*. New York, NY: Routledge.
- Ragone, A. H. (1994). *Surrogate Motherhood: Conception in the heart*. Oxford: Westview Press.

- Republica Oriental del Uruguay. (2013). Ley No 19.167 Técnicas de Reproducción Humana Asistida. Poder Legislativo. Republica Oriental del Uruguay: Montevideo. Disponível em: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp355375.htm>
- Roudinesco, E., & PLoon, M. (1998). *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Safra, G. (1993). O uso de material clínico na pesquisa psicanalítica. In M. E. L. da Silva (coord.). *Investigação e psicanálise* (pp. 119-132). Campinas, SP: Papyrus.
- Scavone, Lucila. (2001). A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. *Cadernos Pagu*, (16), 137-150. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332001000100008>.
- Schmulker, I., & Aigen, B. (1989). The terror of surrogate motherhood: Fantasies, realities, and viable legislation. In Offerman-Zuckerberg, J. (Ed.), *Gender in transition: A new frontier* (pp. 235-248). New York, NY: Plenum.
- Sedeño, E. P., & Sanchez, A. (2014): “Asimetrías y olvidos de las tecnologías de reproducción asistida”. In E. P. Sedeño y E. O. Arjonilla (eds.). *Cartografías del cuerpo* (pp. 195-244). Madrid: Cátedra.
- Shuster, E. (1992). When genes determine motherhood: problems in gestational surrogacy. *Human Reproduction*, 7 (7), 1029-1033.
- Silva, E. M. (2006). A filiação em face da reprodução humana assistida. *Revista da ESMESC*, 13, 9-16. Recuperado em 20 de dezembro de 2017. Disponível em: <http://www.esmesc.com.br/upload/arquivos/2-1247232309.PDF>.
- Silva, F. A. N. (2011). Gestação de substituição: direito a ter um filho. *Revista de Ciência Jurídicas e Sociais*, 1(1), 50-67. Disponível em: <http://revistas.ung.br/index.php/cienciasjuridicasocias/article/view/914/894>
- Silva, I. M., & Lopes, R. C. S. (2009). Reprodução assistida e relação conjugal durante a gravidez e após o nascimento do bebê: uma revisão da literatura. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 14(3), 223-230. Doi: 10.1590/S1413-294X2009000300006
- Silva, I. M., & Lopes, R. C. S. (2011). Relação conjugal no contexto de reprodução assistida: o tratamento e a gravidez. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(4), 449-457. Doi: 10.1590/S0102-37722011000400008
- Silva, I. M., Sonogo, J. C., Ribeiro, F. S., Lopes, R. C. S., Piccinini, C. A., & Passos, E. P. (2015). A parentalidade no contexto da reprodução assistida. In A. C. S. Bastos, L. V. C. Moreira, G. Petrini, M. A. R. Alcântara (Eds.), *Família no Brasil: recurso para a pessoa e sociedade* (pp.395-418). Curitiba: Juruá Editora.

- Silva, S. L., & Lopes, R. C. S (2017a). *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*. Instrumento não-publicado. Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Silva, S. L., & Lopes, R. C. S (2017b). *Entrevista de Dados Demográficos da Família*. Instrumento não-publicado. Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Silva, S. L., & Lopes, R. C. S (2017c). *Entrevista sobre a experiência da gestação para as mulheres que foram gestantes substitutas*. Instrumento não-publicado. Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Sonego, J. C. & Lopes, R. C. S. (2009). A experiência da maternidade em mães adotivas. *Aletheia: revista de psicologia*, 29, 16-26. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n29/n29a03.pdf>
- Sonego, J. C., & Lopes, R. C. S. (2016). O “continente negro” da paternidade no contexto da reprodução assistida. *Estudos e Pesquisas Em Psicologia*, 16(3), 892–910. Doi:10.12957/epp.2016.32892
- Spotorno, P. M., Silva, I. M., & Lopes, R. C. S. (2008). Expectativas e sentimentos de mulheres em situação de reprodução medicamente assistida. *Aletheia*, 28, 104-118. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942008000200009&lng=pt.
- Stake, R. E. (2006). *Multiple Case Study Analysis Research Methods*. Guilford Press, New York.
- Stephoe, P. C., & Edwards, R. G. (1978). Birth after the reimplantation of a human embryo. *The Lancet*, 312 (8085), 366. Doi: 10.1016/S0140-6736(78)92957-4.
- Stern, D. (1991). Maternal Representations: A Clinical and Subjective Phenomenological View. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 174–185. Doi:10.1002/1097-0355(199123)12:3<174::AID-IMHJ2280120305>3.0.CO;2-0
- Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade: O panorama da psicoterapia pais/bebê*. (M.A.V. Veronese, Trad.). Porto Alegre, Artes Médicas.
- Surrogacy (2019). *Cambridge Dictionary Online*. Cambridge: Cambridge University Express. Disponível em: <https://dictionary.cambridge.org/pt/>
- Surrogate mother (2019). *Cambridge Dictionary Online*. Cambridge: Cambridge University Express. Disponível em: <https://dictionary.cambridge.org/pt/>
- Svitnev, K. (2010). Legal regulation of assisted reproduction treatment in Russia. *Reproductive Biomedicine Online*, 20, 892–894. Doi:10.1016/j.rbmo.2010.03.023.

- Teixeira, A. C. B. (2004). Conflito positivo de maternidade e a utilização do útero de substituição. In C. M. R. Casabona & J. F. Queiroz (Coord.). *Biotecnologia e suas implicações ético-jurídicas* (pp. 309-323). Belo Horizonte: Del Rey.
- Teixeira, L. C., Parente, F. S., & Boris, G. D. B. (2009). Novas configurações familiares e suas implicações subjetivas: reprodução assistida e família monoparental feminina. *Psico*, *40*, 24-31. Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/2848>.
- Teloken, C., & Badalotti, M. (2002). Bioética e reprodução assistida. *Revista AMRIGS*, *46* (3/4), 100-104. Disponível em: <http://www.amrigs.com.br/revista/46-03/Bio%C3%A9tica%20e%20reprodu%C3%A7%C3%A3o%20assistida.pdf>.
- Temam, E. (2010). *Birthing a Mother*. Berkley: University of California Press.
- Tieu, M. M. (2009). Altruistic surrogacy: the necessary objectification of surrogate mothers. *J Med Ethics*, *35*, 171–175. Doi: 10.1136/jme.2008.024679.
- Tomaz, R. (2015). Feminismo, maternidade e mídia: relações historicamente estreitas em revisão. *Galaxia (São Paulo, Online)*, *29*, 155-166. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-25542015120031>
- Torres, G., Shapiro, A., & Mackey, T. K. (2019). A review of surrogate motherhood regulation in south American countries: pointing to a need for an international legal framework. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *19* (1). Doi: 10.1186/s12884-019-2182-1
- Van den Akker, O. (2003). Genetic and gestational surrogate mothers' experience of surrogacy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *21*(2), 145–161. Doi:10.1080/0264683031000124091
- Van den Akker, O. B. A. (2007). Psychosocial aspects of surrogate motherhood. *Human Reproduction Update*, *13*(1), 53–62. Doi: 10.1093/humupd/dml039
- Vayena, E., Rowe, P.J., & Griffin, P. D. (Eds.). (2001). *Current practices and controversies in assisted reproduction: report of a WHO meeting on medical, ethical and social aspects of assisted reproduction*. Geneva, Suíça.
- Venosa, S. S. (2006). *Direito Civil: Direito de família*. (5 ed.). São Paulo: Atlas, 2006.
- Vivian, A. G., Lopes, R. C. S., Geara, G. B., & Piccinini, C. A. (2013). "Eu fico comparando": expectativas maternas quanto ao segundo filho na gestação. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, *30*(1), 75-87. Doi: 10.1590/S0103-166X2013000100009
- Weisberg, D., & Kelly, H. (2005). *The birth of surrogacy in Israel*. Florida: University of Florida Press.

- World Health Organization - WHO (2009). *International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology*. Genebra, Suíça.
- Winnicott, D. W. (1994). O medo do colapso. In D. W. Winnicott. *Explorações psicanalíticas* (pp. 70-76). Porto Alegre, RS: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1974)
- Zanetti, S. A. S., & Kupfer, M. C. M. (2006). O relato de casos clínicos em psicanálise: um estudo comparativo. *Estilos da Clínica*, 11(21), 170-185. Doi: 10.11606/issn.1981-1624.v11i21p170-185.
- Zyl, L., & Niekerk, A. (2000). Interpretations, perspectives and intentions in surrogate motherhood. *J Med Ethics*, 26, 404–409. Doi: 10.1136/jme.26.5.404.

ANEXO A**Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS
Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado e Doutorado****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

(Silva & Lopes, 2017a)

Pesquisadora responsável: Rita de Cássia Sobreira Lopes

Telefone: (51) 33165058

E-mail: sobreiralopes@portoweb.com.br

Pesquisadora auxiliar: Susan Lusca da Silva

Telefone: (55) 999729200

E-mail: susanluscapsi@gmail.com

Breve informação

O Núcleo de Infância e Família (NUDIF) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) desenvolverá um projeto para compreender a vivência das mães durante o terceiro trimestre da gestação de substituição. Você está convidada a participar desta pesquisa que busca informações sobre as motivações que a levaram a escolher e participar da gestação de substituição, assim como, os sentimentos e as expectativas percebidos durante a experiência.

Título: Desvelando a Gestação de Substituição: as vivências das “barrigas solidárias” e das “mães biológicas”.

Objetivo: Investigar e compreender as expectativas, os sentimentos e como as mães vivenciaram a gestação de substituição.

Descrição dos procedimentos: Primeiramente, você preencherá uma ficha com seus dados pessoais como nome, endereço, idade e estado civil. Posteriormente, daremos início à entrevista que é composta por algumas perguntas relacionadas à sua história de vida e como está sendo para você a experiência da gestação de substituição.

Benefícios: Este trabalho não trará, diretamente, benefícios às voluntárias da pesquisa a não ser pela oportunidade de fala, de reflexão e da expressão de seus sentimentos, de suas dúvidas e angústias em relação a sua gestação.

Riscos e desconfortos: Os riscos envolvendo os procedimentos da pesquisa são considerados mínimos porque não coloca as participantes em situações de risco maiores que as encontradas em suas atividades rotineiras. No entanto, se eventualmente no decorrer da entrevista sejam percebidas ou identificadas situações de desamparo e desconforto por parte das participantes em relação a algum tema abordado, a pesquisadora será responsável por avaliá-la decidindo se é possível continuar com o procedimento ou suspendê-lo. A participante terá um espaço de acolhimento e de escuta adequado se necessitar. Caso haja necessidade de um atendimento mais específico,

cabará à pesquisadora informá-la sobre os serviços da rede de saúde pública e/ou providenciar os devidos encaminhamentos.

Possibilidade de desistência: A participante tem total liberdade para se retirar a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isto traga qualquer prejuízo a ela. Se a participante se sentir cansada e quiser continuar em outro momento, sua vontade será respeitada podendo ser agendado um novo encontro em outro dia. Caso solicite explicações sobre a pesquisa ou sobre os procedimentos, a pesquisadora lhe dará informações a qualquer momento.

Informações adicionais: Esse é um estudo do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Os dados serão sigilosos e o seu nome não será divulgado. Os resultados das avaliações serão analisados conjuntamente com os resultados de outras participantes. Após conclusão, serão publicados artigos científicos com as informações coletadas nas entrevistas e da observação da sessão de ultrassonografia, sempre mantendo a confidencialidade das mesmas em todas as fases da pesquisa.

Considero-me igualmente informada:

- Da garantia de receber respostas a qualquer pergunta ou esclarecimento de dúvidas acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- De que não serei identificada, pois, está assegurada a confidencialidade das informações relacionadas à privacidade, sendo que as informações coletadas ligadas à pesquisa serão analisadas e, após, serão arquivadas pela pesquisadora para posteriores trabalhos na área de Psicologia, sempre preservando o sigilo sobre a identidade das participantes;
- Os dados ficarão guardados e assegurados na sala 108 do Instituto de Psicologia da UFRGS por um período de 5 anos conforme estipulado pelo Conselho Federal de Psicologia sendo destruídos após esse prazo;
- Do compromisso dos pesquisadores de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que essa possa afetar a minha vontade de continuar participando;
- De que não terei gastos com a participação nesta pesquisa;
- De que receberei uma cópia deste documento;
- De que, caso aceite a participação, este documento deverá ser assinado, junto com a acadêmica responsável pela pesquisa, e rubricado em todas as páginas.

Se tiver qualquer dúvida ou precisar de algum esclarecimento, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável por este projeto de pesquisa que é a dra. Rita de Cássia Sobreira Lopes pelo tel: (51) 33165058 ou com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS. Rua Ramiro Barcelos, 2600, fone (51) 3308- 5698. CEP 90035003, Bairro Santa Cecília, Porto Alegre.

Assinatura da participante

Assinatura da pesquisadora responsável

ANEXO B

**ENTREVISTA DE DADOS DEMOGRÁFICOS DA
FAMÍLIA E DA GESTANTE SUBSTITUTA**

(Silva & Lopes, 2017a)

Pai biológico:

- Nome completo:
- Data de nascimento:/...../..... Escolaridade (ano concluído):
- Religião: Praticante: () sim () às vezes () não
- Estado Civil: () casado () solteiro () separado () viúvo () com companheira
- Ele tem outros filhos? Quantos? Quem são (*ver sexo e idade*)?
.....
- Trabalha fora? () sim () não () desempregado
- Profissão? Horas/semana:
Não trabalha há..... meses
- Grupo Étnico:
- Renda Mensal:

Mãe biológica:

- Nome completo:
- Data de nascimento:/...../..... Escolaridade (ano concluído):
- Religião: Praticante: () sim () às vezes () não
- Tens outros filhos? Quantos? Quem são (*ver sexo e idade*)?
.....
- Tu trabalhas fora? () sim () não () desempregado
- O que tu fazes (ias)? Horas/semana:
Não trabalha há..... meses
- Grupo Étnico:
- Renda Mensal:

Gestante substituta:

- Nome completo:
- Data de nascimento:/...../..... Escolaridade (ano concluído):
- Religião: Praticante: () sim () às vezes () não
- Tens outros filhos? Quantos? Quem são (*ver sexo e idade*)?
.....
- Tu trabalhas fora? () sim () não () desempregado
- O que tu fazes (ias)? Horas/semana:
Não trabalha há..... meses
- Grupo Étnico:
- Renda Mensal:

Bebê:

- Nome completo:
- Sexo: () menino () menina
- Idade atual:

Contato dos pais biológicos:

- Endereço:
- Bairro: Cidade: Cep:
- Telefones:

- E-mail:
- Observações:

Contato da gestante substituta:

- Endereço:
- Bairro: Cidade: Cep:
- Telefones:
- E-mail:
- Observações:

**ENTREVISTA SOBRE A EXPERIÊNCIA DA GESTAÇÃO PARA
AS MULHERES QUE FORAM GESTANTES SUBSTITUTAS
(Silva & Lopes, 2017b)**

Eu gostaria que você me falasse sobre a sua história e a da gestação...

- o Como foi que você chegou à decisão de ser o que vou chamar aqui de barriga solidária (não sei como você chama)? Você foi procurada pelo casal para ser barriga solidária? E como você reagiu à proposta naquele momento da sua vida?
- o Você já havia pensado nessa possibilidade antes de eles a procurarem?
- o Foi realizada uma avaliação dos profissionais (médico, psicólogo, entre outros)? Essa avaliação foi individual ou conjunta com os pais?
- o Que técnica de fertilização foi utilizada? ?
- o Como você se sentiu em relação a gravidez? Em termos físicos e emocionais.
- o Quais foram as suas preocupações em relação à gravidez e ao bebê?
- o Qual foi o seu estado de saúde durante a gestação?
- o Você foi ao médico para acompanhar a gravidez? Você se lembra quantas vezes consultou?
- o Você realizou ecografias? Como se sentiu ao ver o bebê?
- o Você viu algo no bebê, que tenha te chamado a atenção?
- o O que você conheceu sobre o bebê durante a gestação ?
- o Como você se sentiu em relação às mudanças do seu corpo?
- o A mãe acompanhou a gravidez? Ela ia junto nas consultas? O pai do bebê também? Mais alguém?
- o Você e a mãe biológica costumavam tocar a barriga ou falar com o bebê? Como você se sentiu?
- o Como você se sentiu em relação ao parto? Como foi para você esse momento? O bebê foi para o colo da mãe logo após o parto? Você amamentou o bebê por uns dias? Como foi essa experiência? E o desmame?
- o O que você pensou sobre os momentos finais da gravidez e do parto?
- o Você ficava imaginando o que aconteceria após o bebê nascer?

Você pode me contar como tem sido o relacionamento com a mãe do bebê desde o momento em que ela a procurou...

(Caso não tenha mencionado): Você poderia me falar um pouco mais sobre...

- o Como você acha que a gravidez foi vivida pela mãe do bebê? Ela te contava alguma coisa?
- o Houve mudança no relacionamento de vocês?
- o Quais foram as preocupações dela em relação à gravidez e ao bebê?
- o Vocês mantiveram proximidade durante esse período? Foi como você esperava?
- o E o pai do bebê? Como você acha que a gravidez foi vivida por ele?
- o Vocês mantiveram proximidade? Foi como você esperava?
- o Quais foram as preocupações dele em relação à gravidez e ao bebê?

Você poderia me contar um pouco sobre a reação da tua família e da família do teu companheiro em relação a essa gravidez...

(Caso não tenha mencionado): Você poderia me falar um pouco mais sobre...

- o Como a sua família reagiu em relação à sua gravidez? *(ex. tua mãe e teu pai)*
- o Como reagiu seu companheiro?
- o Como reagiram seus filhos e como você conversou com eles a respeito da gestação? *(em casos nos quais a mãe portadora já tem filhos)*
- o Como reagiu a família do seu companheiro? *(ex. tua sogra e teu sogro)*
- o E os seus amigos?
- o Algum familiar *(ou amigo ou profissional)* te acompanhou durante a gravidez?
- o Quem você esperou que fosse te acompanhar?
- o O que você pensou sobre os momentos finais da gravidez e do parto?
- o O que você achava que aconteceria após o bebê nascer?
- o Você achou que haveria mudanças na relação com a mãe biológica ou na família?

- o **Como você imaginou o seu relacionamento com o bebê quando ele nascesse?**

(Caso não tenha mencionado): Você poderia me falar um pouco mais sobre...

- o Como você imaginou que seria o seu relacionamento com os pais do bebê após o nascimento?
- o Como você imaginou que a mãe seria com o bebê? E o pai? Foi como você imaginou?
- o Você se imaginou fazendo alguma atividade com o bebê?

O quanto você acha que o bebê mudou na tua vida?

(Caso não tenha mencionado): Você poderia me falar um pouco mais sobre...

- o Em que aspectos você pensa que ocorreram mudanças?
- o Como você se sentiu com estas mudanças?
- o E quanto ao relacionamento com seu companheiro? Como você se sentiu com estas mudanças?

Como você acha que o bebê vai ser quando crescer?

(Caso não tenha mencionado): Você poderia me falar um pouco mais sobre...

- o O que mais você espera para ele/a?
- o O que você não gostaria para ele/a?

Você gostaria de acrescentar alguma coisa sobre isto tudo que a gente falou?

TERMO DE APROVAÇÃO DO PROJETO POR COMITÊ DE ÉTICA

UFRGS - INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Desvelando a gestação de substituição: as vivências das "mães biológicas" e das "mães portadoras"

Pesquisador: Rita de Cássia Sobreira Lopes

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 85770318.9.0000.5334

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFRGS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.723.702

Apresentação do Projeto:

O presente estudo busca investigar e compreender como as "mães biológicas" e as "mães portadoras" vivenciam a gestação. As pesquisadoras referem que: "De modo especial, serão investigadas as expectativas e os sentimentos das mães em relação a gestação. Também, busca-se compreender as motivações que levaram as mães biológicas a recorrerem a esse tipo de procedimento, bem como as motivações das mães portadoras para gestar por uma outra mulher. Participarão do estudo seis mulheres, três mães biológicas que passaram por procedimentos técnicos de fertilização *in vitro* e as três mães portadoras que estão no terceiro trimestre de gestação, que concordaram em gestar os embriões e entregar os bebês imediatamente após o nascimento dos mesmos para as mães biológicas. As participantes serão informadas sobre a pesquisa pela divulgação virtual em redes sociais e pela divulgação física sob a forma de cartazes em clínicas de fertilização e reprodução humana localizadas em Porto Alegre/RS. Também, poderão ser indicadas por amigos. O estudo será composto pela observação de uma sessão de ultrassonografia das mães portadoras a fim de compreender profundamente como essa mãe se relaciona com o feto e o casal que pretende ser os pais do bebê, assim como, a realização de uma entrevista semiestruturada com mães portadoras e as mães biológicas. Será realizada uma entrevista semiestruturada composta por tópicos. Cada tópico é formado por perguntas consideradas essenciais para o entendimento e a compreensão das experiências vividas pelas participantes. A

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2500

Bairro: Santa Cecília

CEP: 90.035-003

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3308-5698

Fax: (51)3308-5698

E-mail: cep-psico@ufrgs.br

UFRGS - INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.723.702

presente pesquisa esta amparada segundo a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. E respaldada, também, pela Resolução n° 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia que destaca os principais critérios que devem ser levados em consideração e seguidos pelo pesquisador durante toda a pesquisa e estudo. Os dados serão analisados conforme relato clínico considerando o objetivo deste estudo. Assim, permite identificar conteúdos não-verbais, inconscientes e transferenciais durante as entrevistas tanto dos entrevistados quanto do próprio pesquisador e que serão importantes para compreender o fenômeno (Mordcovich, 2011; Safra, 1993)*.

Emenda solicitada: Ao longo do processo de realização do projeto, os pesquisadores pensaram em fazer um mapeamento dos serviços oferecidos pelas Clínicas de Reprodução Humana do estado e solicitaram acrescentar como participantes do estudo os profissionais que atuam nas mesmas e que participam do processo da gestação de substituição, em especial os psicólogos, tendo em vista que sua atuação e escuta traz implicações para a experiência subjetiva das famílias atendidas. Assim, solicitaram incluir:

- 1) Entrevista com o Psicólogo da Clínica de Reprodução Humana, e
- 2) Entrevista com o Profissional de outra área de atuação na Clínica de Reprodução Humana, destinados aos profissionais das clínicas de reprodução assistida, de modo a conhecer sua atuação profissional e sua experiência com as famílias atendidas.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender como as mães biológicas e as "mães portadoras" vivenciam a gestação. De modo especial, serão investigadas as expectativas e os sentimentos das mães em relação a gestação.

Também, as pesquisadoras buscam compreender as motivações que levaram as mães biológicas a recorrerem a esse tipo de procedimento, bem como as motivações das mães portadoras para gestar por uma outra mulher. Além disso, as pesquisadoras afirmam que não foram encontrados estudos nas bases de dados nacionais e internacionais de Psicologia sobre a gestação de substituição realizados com as mães durante o período de gestação.

Objetivo da Emenda: Investigar a história da Clínica de Reprodução Humana, os procedimentos rotineiros e os principais desafios enfrentados pelos profissionais das clínicas que atuam nesse contexto, com destaque para os psicólogos que compõem a equipe.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-003
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-5698 Fax: (51)3308-5698 E-mail: cep-psico@ufrgs.br

**UFRGS - INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO**



Continuação do Parecer: 2.723.702

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, da Emenda, contém todas as informações necessárias. As pesquisadoras comprometem-se a fazer os encaminhamentos necessários caso ocorram situações adversas que produzam algum tipo de mal-estar nos participantes, no TCLE.

A privacidade dos participantes e a confidencialidade dos dados são garantidas pelos pesquisadores.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda Aprovada. Esta pesquisa está de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_114644 8 E1.pdf	28/05/2018 17:46:12		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissionais.pdf	28/05/2018 17:44:15	Rita de Cássia Sobrelra Lopes	Aceito
Outros	Carta_adendo_para_CEP.pdf	28/05/2018 17:42:15	Rita de Cássia Sobrelra Lopes	Aceito
Outros	Termo_de_Concordancia_da_Instituicao .pdf	28/05/2018 17:41:40	Rita de Cássia Sobrelra Lopes	Aceito
Outros	Entrevista_profissional_clinica.pdf	28/05/2018 17:41:13	Rita de Cássia Sobrelra Lopes	Aceito
Outros	Entrevista_psicologo.pdf	28/05/2018 17:40:44	Rita de Cássia Sobrelra Lopes	Aceito
Orçamento	orcamento.doc	19/03/2018 21:48:22	Rita de Cássia Sobrelra Lopes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	19/03/2018 21:47:26	Rita de Cássia Sobrelra Lopes	Aceito
Cronograma	Cronograma.doc	19/03/2018 21:38:44	Rita de Cássia Sobrelra Lopes	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	28/02/2018 23:04:57	Rita de Cássia Sobrelra Lopes	Aceito

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600
 Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-003
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-5698 Fax: (51)3308-5698 E-mail: cep-psico@ufrgs.br

UFRGS - INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.723.702

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 20 de Junho de 2018

Assinado por:
Clarissa Marcell Trentini
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-003
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-5698 Fax: (51)3308-5698 E-mail: cep-psico@ufrgs.br