



CATOLICA  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

---

PORTO

# Quem São As Mulheres Que Recorrem À PMA Para Uma Gravidez Independente? Revisão Sistemática Da Literatura

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre  
em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde –

*Joana Cristina Maurício de Jesus Caldas*

Porto, 6 julho 2021



CATOLICA  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

---

PORTO

# Quem São As Mulheres Que Recorrem À PMA Para Uma Gravidez Independente? Revisão Sistemática Da Literatura

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre  
em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde –

*Joana Cristina Maurício de Jesus Caldas*

Trabalho realizado sobre a orientação da Prof. Doutora Maria Raúl Lobo Xavier

Porto, 6 julho 2021



## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar, quero agradecer aos meus pais e à minha tia por durante todos estes anos acreditarem que eu podia ser mais e melhor. Por me amarem sem barreiras, por me aceitarem e acolherem incondicionalmente. Por desejarem para mim tudo aquilo que eu sonhava e lutarem diariamente para estarem ao meu lado em todas as etapas da minha vida.

Um agradecimento especial à Prof. Dra. Maria Raul Xavier por ter sido muito mais do que uma profissional, por ter sido uma companheira de viagem, uma ouvinte e uma impulsionadora de ideias inovadoras e criativas. Pela sua força e coragem inigualáveis.

À Catarina e à Isabel porque cresceram comigo durante este percurso. Porque mesmo distantes estão perto de mim e celebram comigo todas as conquistas e derrotas diárias. Porque confiam em mim

À Rita, à Capela e à Filipa por este ano terem arranjado um espaço pequenino no seu coração para mim. Sem elas este trabalho não seria o mesmo, e eu também não.

À Bonny por me ter feito acreditar que a distância não é barreira quando se realmente gosta de alguém. Por ser um exemplo de amiga e ter um coração do tamanho do mundo. Por me ouvir sem se cansar e ser o meu apoio.

À Iasmim que não poderia deixar de ter um seu espaço aqui. Por ser simples, querida e bondosa. Por me ter ajudado sem pedir algo em troca e acreditar que teremos muito que partilhar.

A todas as mulheres inspiradoras que diariamente lutam pelos seus sonhos e objetivos. A todas que mesmo com medo do julgamento ou preconceito traçam o seu caminho com garra e lealdade a si mesmas.

A todos aqueles que um dia passaram por mim, que me viram sorrir e chorar, que partilharam comigo momentos e histórias inesquecíveis. A todos que já não fazem parte do meu caminho, mas que levo para sempre no meu Ser.

“We cannot change, we cannot move away from what we are, until we thoroughly accept what we are. Then change seems to come about almost unnoticed.”

**Carl R. Rogers, Becoming a Person**

## Índice

### Lista de Anexos

### Lista de Abreviaturas

Resumo .....	viii
Abstract .....	ix
Introdução.....	1
<b>1. Enquadramento Teórico.....</b>	<b>4</b>
<b>1.1 Técnicas de PMA.....</b>	<b>4</b>
<b>1.1.1. A Perspetiva Biomédica.....</b>	<b>4</b>
<b>1.1.2. A legislação portuguesa.....</b>	<b>5</b>
<b>1.2. Novas conceções de Família e as Mudanças no Papel da Mulher.....</b>	<b>6</b>
<b>1.3. As Mulheres a sós e o Projeto de Maternidade.....</b>	<b>8</b>
<b>1.4. Ajustamento Psicológico Durante os Tratamentos de PMA.....</b>	<b>10</b>
<b>2. Método.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1. Objetivo e Questão de Investigação.....</b>	<b>13</b>
<b>2.2. Estratégias de Pesquisa.....</b>	<b>15</b>
<b>2.3. Procedimentos de Pesquisa.....</b>	<b>16</b>
<b>2.4. Extração de Dados e Definição da amostra.....</b>	<b>17</b>
<b>3. Resultados e Discussão.....</b>	<b>19</b>
Conclusões.....	27
Referências Bibliográficas.....	30
Anexos.....	42

## **Lista de Anexos**

**Anexo I** - Protocolo da Revisão Sistemática da Literatura

**Anexo II** – PRISMA *Check-list*

## **Lista de Abreviaturas**

**ASMR:** Associação Americana de Medicina Reprodutiva

**CNPMA:** Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida

**DGS:** Direção Geral de Saúde

**FIV:** Fertilização In Vitro

**FEP – UCP:** Faculdade de Psicologia da Universidade Católica

**IA:** Inseminação Artificial

**ICSI:** Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides

**PMA:** Procriação Medicamente Assistida

**MI:** Maternidade Independente

**SNS:** Serviço Nacional de Saúde

**TEC:** Transferência de Embriões Criopreservados

**ZIFT:** Transferência Intratubária de Zigotos

## **Resumo**

As técnicas de PMA em Portugal tiveram início em 1986 com vista a apoiar casais heterossexuais com problemas de infertilidade a alcançar a gravidez. Passados 30 anos e diversas mudanças na legislação portuguesa, a alteração da Lei de PMA n.º 17/2016, de 20 de junho, passou a permitir que também, casais homossexuais de mulheres, casados ou não, que vivam em condições análogas às dos cônjuges e mulheres solteiras recorram às técnicas de PMA. Este trabalho tem como objetivo realizar uma revisão sistemática da literatura sobre as características sociodemográficas e de bem-estar psicológico/emocional das mulheres solteiras, lésbicas em coabitação e casais de mulheres que recorrem aos serviços de PMA com vista à gravidez/maternidade independente. A revisão sistemática revelou um total de 6 trabalhos que integram informações relativas às características sociodemográficas e do bem-estar psicológico/emocional deste grupo de mulheres. Cinco dos trabalhos que permitem conhecer melhor estas mulheres do ponto de vista sociodemográfico não exploram qualquer dimensão do seu bem-estar psicológico/emocional. Os resultados apontam para que estas mulheres têm idades acima dos 29 anos, mantiveram-se no percurso académico por mais tempo e estão estáveis a nível laboral, com trabalhos a full-time. Apenas um trabalho inclui estes aspetos, nomeadamente na qualidade da saúde mental das mulheres (menos boa, boa, muito boa). Considerando que o conhecimento científico é basal para a qualidade do acompanhamento com estas mulheres, considera-se essencial a continuação da investigação sobre o tema.

**Palavras-Chave:** Procriação Medicamente Assistida (PMA), Lei de PMA n.º 17/2016, mulheres lésbicas em coabitação, casais de mulheres lésbicas, mulheres solteiras, características sociodemográficas, bem-estar psicológico/emocional e Maternidade.

## **Abstract**

In Portugal the MAR treatments started in 1986 with the purpose of supporting infertile heterosexual couples to achieve successful pregnancy. Thirty years later several changes took place in Portuguese law. A Decree-Law No 17/2016 on the 20th of June of 2016 stated that female homosexual couples, regardless of their marital status, that had the same analogical conditions as their partner were authorized to access MAR services, as well single women. This study aims to conduct a literature review about the sociodemographic characteristics and the psychological/emotional well-being of single women, non-marital partnership lesbian-couples and women couples that want independent motherhood. The systematic review of the current literature revealed six studies that related to sociodemographic characteristics and the psychological/emotional well-being of these groups of women. There were found five studies that provide information regarding to these women, but these studies did not integrate the psychological/emotional well-being aspect. The results indicate that these women are aged over 29 years old, remained in the academic path for a longer time and are stable at work level, with full-time jobs. Only one study that relates with the quality of mental health of these women (rated from less good, good and very good). Considering the fact scientific knowledge is the base of a quality mental health support, it is important to continue to conduct investigation on this topic.

**Keywords:** Medically Assisted Reproduction (MAR), Decree-Law No 17/2016, non-marital partnership lesbian women, couples of lesbian women, single women, sociodemographic characteristics, psychological/emotional well-being and maternity

## **Introdução**

O presente estudo diz respeito à Dissertação de Mestrado em Psicologia, Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica do Portuguesa. Este estudo tem como tema central o recurso à Procriação Medicamente Assistida (PMA) por parte das mulheres solteiras, lésbicas em coabitação ou casais de lésbicas. O objetivo principal é contribuir para o aumento do conhecimento sobre as características sociodemográficas e do bem-estar psicológico/emocional destas mulheres que recorrem aos serviços de PMA. Ao longo deste trabalho iremos utilizar a expressão maternidade independente (MI) quando nos referimos ao grupo de mulheres solteiras ou lésbicas em coabitação ou casais de mulheres que recorrem às técnicas de PMA com vista à gravidez.

As matérias relacionadas com as técnicas de PMA em Portugal tiveram início em 1986 (Concelho Nacional de Procriação Medicamente Assistida [CNPMA], n.d.), mas foi apenas 20 anos mais tarde, em 2006, que foi aprovada a lei que veio regular estas técnicas, esclarecer as suas finalidades e regras de utilização, assim como clarificar a legitimidade dos benefícios e a consagração da responsabilidade criminal respetivas sanções. A alteração da Lei de PMA n.º 17/2016, de 20 de junho, passou a permitir que não só os casais heterossexuais, como também, casais homossexuais de mulheres, casados ou não, que vivam em condições análogas às dos cônjuges e mulheres solteiras recorram às técnicas de PMA. Assim, todas as mulheres, independentemente do seu estado civil, do diagnóstico de infertilidade e da respetiva orientação sexual, passaram a ter acesso à PMA. À semelhança de Portugal, a Suécia também viu a sua legislação ser alterada em meados de 2016 (Golombok, 2017) e outros países introduziram esta possibilidade na legislação há mais tempo. Por exemplo, Espanha permite que mulheres solteiras recorram a estas mesmas técnicas desde 2006, assim que a sua primeira lei foi aprovada (Proença Xavier, 2018) e na Dinamarca tal é possível desde 2007 (Jølving et al., 2021).

Entre 2006 e 2017 passaram-se 11 anos de intervalo para esta legislação como a conhecemos hoje. A passagem do tempo foi acompanhada pela investigação científica sobre o tema, em Portugal e também noutros países (e.g., De Wert et al., 2014; Moura-Ramos et al., 2010), paralelamente ao crescente número de mulheres e homens que recorrem à PMA (e.g., Sun et al., 2019; Szkodziak et al. 2020).

Quanto aos casais heterossexuais que procuram os Serviços de PMA, a maioria das situações são referentes a problemas de fertilidade. A infertilidade é definida como “a ausência de gravidez após 12 meses de relações sexuais regulares e sem uso de contraceção” (Gameiro et al., 2015). Nos casos de MI a condição de infertilidade não é colocada, já que estas mulheres, à partida, não sofrem de nenhum problema reprodutor, mas necessitam recorrer a esperma de dador. A investigação com casais heterossexuais tem uma história mais longa e os seus resultados inspiram novos interesses de investigação no que às mulheres que desejam uma MI diz respeito. Por exemplo, dados importantes apontam para depressão e ansiedade em homens e mulheres (casais heterossexuais) associados aos tratamentos de PMA, mais especificamente quando o resultado não é o esperado (e.g., De Cesario, 2018; Reis et al., 2013). Quando, pelo contrário, os resultados são positivos e há uma maior taxa de sucesso, existe maior bem-estar psicológico (e.g., Purewal et al., 2018; Rooney & Domar, 2018). Os trabalhos também apontam para a importância e necessidade de acompanhamento psicológico próximo ao longo das diferentes fases dos tratamentos de PMA de forma que seja garantido um ajustamento psicológico apropriado aos desafios do processo (e.g., Espada et al., 2008; Read et al., 2014). No geral, os dados sublinham os aspetos desafiantes de um processo de PMA, com implicação no bem-estar psicológico dos homens e das mulheres e na dinâmica dos casais e a importância dos seus acompanhamentos por parte da psicologia (Gameiro et al., 2015). Sendo a MI mais recente, assume-se a necessidade e importância da investigação científica sobre o tema, retomando algumas destas questões estudadas com casais heterossexuais e explorando outras específicas à MI.

As novas circunstâncias da MI conduzem os indivíduos a desempenharem novos papéis até então desconhecidos, especialmente no que toca à mulher, que culturalmente tinha a sua identidade muito ligada ao casamento, papel de esposa e mãe e agora enfrenta diferentes desafios e potenciais dificuldades não tendo qualquer vínculo conjugal ou integrando uma diáde homossexual, mas desejando ter filhos (Soares & Carvalho, 2003).

Já em 1982 (Kehl, 1982) referia as experiências de feminilidade, masculinidade, paternidade e maternidade, estavam a ser consecutivamente postas à prova pela ciência, exigindo adaptação e atualização por parte da sociedade. Sendo a MI um fenómeno mais recente, será natural que a investigação não esteja focada neste grupo específico. Consideramos que o conhecimento científico na área é essencial para a compreensão do fenómeno, para a qualidade do acompanhamento a implementar e para o sucesso do recurso a estas técnicas. Este

trabalho é – tanto quanto é do nosso conhecimento – o primeiro realizado em Portugal sobre o tema e enquadra-se num grupo de investigação mais amplo que integra 4 dos 6 centros públicos de PMA do Norte do País, do Serviço Nacional de Saúde, bem como a FEP-UCP. Como estudo inicial estamos interessando em saber quem são estas mulheres: quais as suas características sociodemográficas e de bem-estar psicológico. Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, reunindo toda a informação disponível sobre este tema, sintetizando-a e permitindo assim que possam ser produzidas novas investigações e ultrapassadas limitações (Gurevitch et al., 2018). Para garantir que a revisão sistemática é frutuosa, esta foi redigida de forma transparente, completa, precisa, seguindo as normas internacionais para revisão, nomeadamente, cumprindo os critérios PRISMA (Page et al., 2021).

Este trabalho de revisão sistemática inicia-se com a introdução, dividindo-se posteriormente no enquadramento teórico, ou seja, na revisão da literatura existente, incluindo diferentes pontos abordando “A Perspetiva Biomédica”, “A legislação portuguesa”, “Novas conceções de Família e as Mudanças no Papel da Mulher”, “As Mulheres a sós e o Projeto de Maternidade” e “Ajustamento Psicológico Durante os Tratamentos de PMA”. De seguida apresentam-se os métodos que inclui o objetivo a questão de investigação, as estratégias de pesquisa, extração dos dados e definição da amostra. Seguem-se os resultados e discussão e, por fim, a conclusão.

## **1. Enquadramento Teórico**

### **1.1 Técnicas de PMA**

#### **1.1.1. A Perspetiva Biomédica**

Segundo Alves e Oliveira (2014), mesmo com o decorrer dos séculos e todas as alterações da sociedade, a procriação sempre esteve associada a três dimensões: por um lado, o desejo de gerar um ser humano; por outro lado, uma necessidade da espécie se autopreservar e, também como uma exigência social, cultural e religiosa. Mas foi em 1978 que a área da reprodução humana sofreu uma revolução como nunca antes vista (Alves & Oliveira, 2014): nasceu o primeiro ser humano produzido fora do organismo materno, ainda que gerado dentro do útero da mãe. Até aos dias de hoje já nasceram milhares de crianças com recurso ao que atualmente são denominadas Técnicas de Procriação Medicamente Assistida (PMA). Crianças que nunca teriam nascido devido a problemas de fertilidade, nomeadamente à infertilidade, ou pela falta de material genético que “naturalmente” apenas era obtido através do ato sexual. A infertilidade tem vindo a ser considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um problema de saúde pública e, nos dias de hoje, a definição que é aceite, caracteriza este problema enquanto falha conceptiva na presença de relações regulares e desprotegidas há doze ou mais meses (American Society for Reproduction Medicine, n.d.).

As técnicas de PMA, podem ser definidas com um conjunto de técnicas médicas e/ou biológicas que permitem a formação do embrião, sem que para tal exista uma relação sexual dentro do período fértil da mulher (Casabona & Queiroz, 2005). Existem variadas técnicas de PMA que podem ser bastante distintas e estão agrupadas em métodos de baixa e alta complexidade. Os métodos de baixa complexidade correspondem à estimulação hormonal e o coito programado (Canavaro et al., 2008). Já no que diz respeito aos métodos de alta complexidade, referimo-nos à fertilização in vitro, à injeção intracitoplasmática de espermatozoides (Hochschild, et al., 2009), à transferência intratubária de zigotos, à transferência de embriões criopreservados e à inseminação artificial. Também é possível utilizar a técnicas que recorrem a elementos externos, como no caso da doação de gametas e da maternidade de substituição (Silva, 2009) e, mais recentemente, da doação de embriões. Quando consideramos os tratamentos de PMA apenas em mulheres que procuram a maternidade de forma independente (excluindo a participação de um parceiro ou marido), as técnicas habitualmente utilizadas são a inseminação artificial com sémen de doador, fertilização in vitro e transferência intratubária de zigotos (Marti Gual, 2011).

Estas diversas técnicas foram evoluindo ao longo dos anos, sendo que inicialmente estavam disponíveis associadas ao congelamento do material genético, resguardando a possibilidade de futuras gestações daqueles que se submetiam a tratamentos de saúde que poderiam vir a impedir uma gravidez natural, como acontecia em alguns casos de cancro ou doenças do sistema reprodutor. Mais tarde, os usos das técnicas de PMA generalizam-se entre pessoas que apresentavam dificuldades em engravidar, nomeadamente em casais férteis (Lins. et al., 2014) e hoje em alguns países, inclusivamente Portugal, são acessíveis a todas as mulheres que desejam uma gravidez.

Na atualidade, geram-se seres humanos cuja origem biológica é diferente daquela que durante séculos marcou a história da espécie humana, estabelecendo-se assim, uma dissociação entre o lado afetivo e o biológico e uma quebra entre o ato sexual e a reprodução humana (DGS, 2008).

### **1.1.2. A legislação portuguesa**

Com o surgimento das técnicas de PMA, houve a necessidade da intervenção do legislador para regular o acesso e a tramitação do processo, de forma a assegurar o respeito pelos princípios basilares do nosso ordenamento jurídico, bem como delimitar o alcance das técnicas de PMA por parte dos usuários (Campos, 2006).

A procura e a utilização das técnicas de PMA têm vindo a aumentar no mundo nos últimos anos, com o crescente aumento do número de casais com problemas de infertilidade e com a alteração das legislações no que diz respeito à permissão das mulheres solteiras e casais homossexuais de mulheres poderem procurar estes mesmos tratamentos com vista à maternidade. Mas, nem em todos os países esta abrangência aos tratamentos se sucedeu ao mesmo tempo. Considerando os países da União Europeia, por exemplo em Espanha, as mulheres solteiras e casais homossexuais podem recorrer a estes tratamentos desde 2006, momento em que foi criada a primeira lei de PMA no país (Proença Xavier, 2018). Assim sendo, muitas mulheres de todas as partes do mundo viajavam a Espanha para concretizar o seu sonho de maternidade. Em países como a Dinamarca, esta mesma possibilidade deu-se em 2007 (Jølving et al., 2021), um ano depois da alteração da legislação portuguesa. E em França a legislação é de 2019, tornando-se o 11º de 27 estados-membros Europeus (UE) de permitir este grupo de mulheres de aceder às técnicas de PMA, juntando-se a Holanda, Bélgica,

Luxemburgo, Dinamarca, Suécia, Finlândia, Irlanda, Espanha, Portugal e Malta. Já fora da EU, O Reino Unido e a Islândia (“Medically Assisted Reproduction In Europe”, 2021) e fora da Europa, por exemplo Israel (Jadva et al., 2009), também permitem esta possibilidade.

Em Portugal, apesar de as matérias relacionadas com as técnicas de PMA terem tido início em 1986 com o nascimento da primeira criança cuja fecundação ocorreu através de FIV no Hospital de Santa Maria / Faculdade de Medicina de Lisboa (Concelho Nacional de Procriação Medicamente Assistida [CNPMA] n.d.), foi apenas passado 20 anos, em 2006 que foi aprovada a Lei n.º 32/2006, de 26 de Julho, a qual veio regular o recurso às técnicas de PMA. Aqui, foram consagrados temas como: as técnicas permitidas no ordenamento jurídico português, as suas finalidades e regras de utilização, a legitimidade dos beneficiários e a consagração da responsabilização criminal e respetivas sanções (Campos, 2006). Como tal, apenas podiam recorrer às técnicas de PMA, casais heterossexuais com mais de 18 anos, que não estivessem separados judicialmente ou separadas de facto, ou aqueles que viviam em condições análogas às dos cônjuges por pelo menos dois anos e que estivessem mediante um diagnóstico de infertilidade, ou ainda, em casos de doenças grave ou em risco de transmissão de doenças de origem genética, infecciosa ou outras.

A lei n.º 32/2006, sofreu seis alterações, tendo última sido introduzida pela Lei n.º 48/2019, de 08/07, que alterou o regime de confidencialidade e veio permitir que as pessoas nascidas através de tratamentos de PMA com recurso a dádiva de gâmetas ou embriões, possam, junto das entidades competentes, obter informações sobre a sua natureza genética e a identidade civil do dador, desde que possuam idade igual ou superior a 18 anos. Entre a panóplia de alterações legislativas, a Lei n.º 17/2016, de 20 de junho veio alargar o âmbito dos beneficiários das técnicas PMA, passando assim a serem elegíveis casais homossexuais femininos, casadas ou que vivam em condições semelhantes às dos cônjuges, assim como todas as mulheres, independentemente do estado civil e da orientação sexual, uma vez que a lei prescindiu do pressuposto de um diagnóstico prévio de infertilidade, permitindo-lhes o recurso generalizado às técnicas de PMA.

## **1.2. Novas conceções de Família e as Mudanças no Papel da Mulher**

A sociedade ocidental está hoje diferente daquilo que era até às décadas de 60/70. Tradicionalmente, a família fazia parte de uma estrutura patriarcal descrita como conservadora e que representava resistências de diversas ordens, face a mudanças sociais, culturais e políticas.

A década de 80 é habitualmente apresentada como aquela em que surgiram alterações marcantes no modelos e papéis sexuais, acompanhando inigualáveis transformações da sociedade (Roudinesco, 2003). Segundo Roudinesco (2003), a família é um espaço de amor, de companheirismo e principalmente de afeto, tendo vindo a alterar gradualmente alguns interesses ligados a questões económicas e de reprodução. Tanto o sexo como o casamento e a reprodução, deixaram de ser as funções basilares e sustentadoras da família (Roudinesco, 2003; Zambrano, 2006), seguindo uma tendência de individualização do ser humano (Durham, 1999). Com estas mudanças a acontecerem, a organização familiar também tem vindo a alterar-se. Tradicionalmente, e tal como descrito por Golombok e Tasker (2015), uma família considerada “comum” era constituída por um homem casado com uma mulher, juntamente com os seus filhos/as. O pai era visto como provedor das necessidades económicas e a mãe tinha o papel de devoção e sacrifício em prol dos filhos e da família, bem como a necessidade de manter uma presença constante e vigilante no seu lar. Devido à visão da maternidade como parte da natureza feminina, a mulher esteve durante muito tempo circunscrita ao seu seio familiar, dificultando que esta explorasse outras possibilidades de vida, nomeadamente, a procura por uma carreira profissional, a partilha das responsabilidades, ou que decidisse quando ou como ter e criar um filho (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2007), sendo que algumas destas questões têm vindo a ser arrastadas até aos dias nossos dias.

Com o decorrer da segunda metade do séc.XX, as questões da maternidade e do papel da mulher foram vindo a ser alteradas, não só pela entrada da mulher no mercado de trabalho, o que contribuiu para a autonomização e independência da mulher, como também para a mudança dos costumes, valores e projetos familiares (Beltrame & Donelli, 2012). As mulheres encontram-se hoje com inúmeras hipóteses ao seu alcance, sem ter que seguir ou optar por um determinado modelo de referência limitador, afastando-se assim do que era comum às mulheres de gerações anteriores. Com o aparecimento da pilula anticoncepcional, a mulher viu-se responsável pela sua sexualidade, podendo optar por ter ou não filhos e decidir a melhor altura para o fazer. Podem ainda voltar-se não só para a satisfação e para as necessidades dos outros e da sociedade que as envolve, como também ter um espaço para o seu crescimento pessoal e individual, para a sua carreira e construir o seu ideal de família (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2007).

A parentalidade, mais do que no passado, tende a desagregar-se da conjugalidade, levando a que surjam novos conceitos de família, nomeadamente a monoparentalidade ou

uniparentalidade, que retrata (neste caso), as mães solteiras (Golombok & Tasker, 2015). Amato (2001) refere que estas mesmas mães, são muitas vezes referidas como “mães solteiras por escolha” ou “mães a sós”. O divórcio e a separação são os motivos mais comuns para a existência de famílias monoparentais, mas também, o nascimento de crianças por mãos solteiras como resultado de gravidezes não planeadas. Hoje, podemos ainda somar também o crescente número de mulheres solteiras que recorrem aos tratamentos de PMA (*ibidem*). O acesso às técnicas de PMA de mulheres casada homossexuais/lésbicas ou que vivem em condições semelhantes às dos cônjuges trazem mais uma possibilidade de organização familiar: duas mulheres e respetivos filhos (Ribeiro, 2016).

### **1.3. As Mulheres a sós e o Projeto de Maternidade**

O uso das tecnologias de PMA ultrapassa hoje a sua utilidade inicial de permitir aos casais heterossexuais de alcançar a gravidez e de superar os problemas de fertilidade, abrangendo outras situações em que a dificuldade de reprodução, não ocorre necessariamente devido a um impedimento da função orgânica-corporal, mas pela impossibilidade de concretizar o sonho da maternidade sem a participação de um companheiro ou marido (Ramirez-Galvéz, 2003).

A maternidade por recurso a técnicas de PMA modifica a perspetiva de relacionamento com um possível parceiro, na medida em que favorece uma distinção entre projeto reprodutivo e perspetivas afetivo-amorosas, sendo que a intenção da mulher se vir a relacionar com alguém não se torna inexistente, mas distingue-se do desejo e da realização da maternidade (Almeida & Valesini, 2013). De acordo com Strathern (1995), a maternidade sem vínculo conjugal através do uso de tecnologia reprodutiva, assinala um processo de mudanças sucessivas no que diz respeito à fusão entre as figuras do progenitor, pai e marido, que na nossa cultura, são vistas como a mesma pessoa. Assim sendo, as técnicas de PMA dissociam a paternidade sexual da procriação, sendo que o homem aparece “reduzido” ao seu material genético (Chatel, 1995). A maternidade responsável é hoje mediada por diferentes características como a estabilidade, a capacidade financeira, o tipo de habitação, o modo e momento certo para ter filhos, o tipo de relação que as mulheres mantêm ou até as perspetivas de futuro (Almeida & Valesini, 2013).

Um estudo realizado no Brasil em 2013, mostra que as mulheres a sós representavam 5% da procura a estas técnicas (Almeida & Valesini, 2013). Já em Portugal, o último relatório de atividades desenvolvidas pelos centros de PMA foi realizado em 2017 e neste relatório é

possível verificar que, apesar de não existirem dados concretos, as listas de espera para serem realizados tratamentos a casais de mulheres e a mulheres sem parceiro/a são longas não se tendo registado qualquer tratamento realizado a este público-alvo devido à dificuldade em receber dádivas de gâmetas no Banco Público de Gametas (CNPMA, 2020).

Segundo Pinkerton (1982), as mulheres que procuravam as clínicas de fertilidade para terem filhos sozinhas, eram vistas pelos psiquiatras e médicos como incapazes de educar, proteger e sustentar financeiramente os filhos sem que estivesse presente uma figura masculina podendo as crianças vir a sofrer de traumas psicológicos ou de atrasos no seu desenvolvimento psicológico e social. Estas mulheres também eram vistas como “anormais”, egoístas ou que tinham algo contra os homens e/ou a figura masculina. Contudo, um estudo de McCartney (1985), veio avaliar um total de 12 mulheres através de variadas entrevistas realizadas por um psiquiatra, numa clínica de fertilidade na Carolina do Norte e chegou à conclusão de que estas mulheres eram responsáveis, confiantes e que estavam a chegar ao “fim” da idade fértil. Também eram mulheres que tinham uma boa relação com a família e tinham próximo de si vários elementos masculinos, tais como o pai ou amigos chegados. Estas mulheres não apresentavam qualquer tipo de perturbação psicológica e eram bem-sucedidas financeiramente, tendo preparado cuidadosamente a possível chegada de uma criança. A investigação científica tem-se debruçado sobre a vivência da parentalidade destas mulheres e sobre as características desenvolvimentais dos seus filhos (e.g., Bernal & Kean, 2005; Diez et al., 2021; Waldfogel et al., 2010).

Um estudo realizado na Suécia por Volgsten e Schmidt (2019), com 54 participantes num centro de PMA público, procurou compreender as motivações de mulheres a sós, que recorreram aos tratamentos de PMA. A maioria destas mulheres preferia um dador não-anónimo (82,7%) e 61,1% das mulheres preferia ter um filho biológico ao invés de recorrer à adoção. Oito mulheres deste grupo já tinham tentado recorrer a tratamentos de PMA noutro país onde já era possível realizá-los. Todas estas mulheres têm uma boa relação com os seus familiares e contaram-lhes o plano de engravidar a sós. No que diz respeito às motivações para recorrer aos tratamentos de PMA, este estudo também conclui que a maioria queria ter um filho biológico (e por isso não recorreu à adoção) e, que estas, não tiveram filhos de relações anteriores por acharem não ser o parceiro ideal, por não quererem estar vinculadas a outra pessoa, ou por não ter sido o momento certo. Outras mulheres responderam que a sua maior motivação era a sua idade, ou seja, a ideia de “fim de tempo”, opção definida por outro estudo

como “Plano B” para atingir a maternidade (Birch Petersen et al., 2016). Por fim, algumas mulheres também referiram querer permanecer solteiras o resto da sua vida, não tendo planos de encontrar um companheiro/a, o que vai de encontro aos resultados de outros estudos (Jadva et al., 2009; Weissenberg & Landau, 2012).

Salomon e colegas (Salomon et al., 2015) realizaram um outro estudo na Dinamarca que, entre outras dimensões, compara as atitudes perante a maternidade independente 184 mulheres solteiras *versus* 54 mulheres lésbicas em coabitação e chegaram à conclusão de que: 90,2% das mulheres solteiras e 89,8% das mulheres em coabitação referem desejar ter ao seu lado um parceiro/a no futuro para partilhar consigo a maternidade. Já no que diz respeito ao desejo de ter um filho ou mais, 86,9% das mulheres solteiras e 77% das mulheres em coabitação referiram ter o sonho de ter pelo menos 1 a 2 crianças, em que a idade ideal seria, em média, 33 anos. Em relação às principais considerações a ter em conta para ter um filho, as mulheres solteiras (55.4%) e em coabitação (49.6%) consideraram muito importante terem energia suficiente para este processo. Tanto as mulheres solteiras (72.8%) como em coabitação (57.7%) procuraram estes tratamentos antes de serem "demasiado velhas". As mulheres solteiras (52.2%) consideram muito importante o seu suporte social, enquanto as outras consideram importante (46.5%). Tanto as solteiras (43.5%) como em coabitação (63.8%) referiram ser muito importante sentirem-se maduras para este processo e ainda que o seu trabalho fosse seguro e compatível com o tempo necessário para cuidar dos seus filhos.

#### **1.4. Ajustamento Psicológico Durante os Tratamentos de PMA**

O desejo de ter um filho é indiscutivelmente um dos mais universais e está presente na maioria dos anseios dos indivíduos adultos. De acordo com Ribeiro (2004), o desejo de ser mãe está ligado à sexualidade e aos desdobramentos de si como pessoa. Os períodos de gravidez e de transição para a parentalidade são marcados por transformações a variados níveis, carecendo de um processo de adaptação constante (Menezes & Lopes, 2007). A futura mãe terá de realizar ajustamentos e transformações inerentes aos novos papéis sociais que emergem com a gravidez, os quais implicarão uma reestruturação na rede de relações conjugais, familiares e sociais e nos seus projetos de vida (*ibidem*). A gravidez, expõe a mulher a um período de crise normativa (Gameiro et al., 2008), na qual se desenrolam transformações sociais, psicológicas, físicas e sócio-emocionais, onde subsiste uma maior prevalência de vulnerabilidade psicológica que se intensifica ao longo da gestação (Klonoff-Cohen et al., 2001). Quando a gravidez resulta do recurso a técnicas de PMA, somam-se aos desafios já conhecidos deste período, o impacto das

experiências próprias e inerentes, tanto a um possível diagnóstico de infertilidade (nas situações em que este existe), como aos procedimentos a que se submete (Chiaffarino et al., 2011). Os tratamentos de PMA representam uma experiência crítica e potencialmente stressante, que pode conduzir a profunda angústia individual e relacional, tanto para a mulher, como para um casal (Koert & Daniluk, 2018).

A maioria dos estudos realizados com enfoque no ajustamento psicológico durante os tratamentos de PMA, ocorreu - e ocorre ainda - em casais heterossexuais, nomeadamente com diagnóstico de infertilidade. De forma geral, estes estudos sugerem que a saúde mental de mulheres inférteis sujeitas a estes tratamentos, parece mais deteriorada do que em mulheres saudáveis (Elhusein et al., 2016), com aumento assim da probabilidade de as primeiras terem mais sintomas depressivos (Berghuis & Stanton 2002) e um ajustamento psicológico mais baixo (Martins et al., 2016). Uma vez que a maior parte dos tratamentos acontecem em volta do corpo da mulher, esta, vivencia o processo de forma muito particular, sentindo-se muitas vezes responsável pelos resultados e culpando-se diante de possíveis insucessos (Smorti & Smorti, 2013).

Estudos direcionados para o impacto dos tratamentos de PMA sobre a saúde mental das mulheres têm vindo ainda a sugerir a presença de níveis que variam entre médio e moderado de preocupações quanto à possibilidade de alcançar a gravidez, a redução de afetos positivos durante os ciclos, a presença de ansiedade e stress diante a espera pelos resultados e elevados níveis de sofrimento quando não é atingido o objetivo primordial (Gameiro et al., 2015). Num estudo dirigido por Chen e colegas (Chen et al. 2004) que avaliou a prevalência da ansiedade e depressão durante os tratamentos de PMA, com uma amostra de 112 mulheres inférteis, conclui que, 40,2% das mulheres apresentava presença de uma perturbação depressiva (depressão major 17% e distímia 9,8%), e 28,6% apresentava uma perturbação de ansiedade, associadas a estes tratamentos, o que levou a complicações durante os mesmos. Também foi identificada uma relação direta entre os fatores psicológicos e o sucesso/insucesso dos resultados nos processos de PMA (Boivin & Schmidt, 2005).

Reis e colegas (Reis et al., 2013), num estudo com uma amostra portuguesa, tiveram como objetivo analisar os níveis de ansiedade (estado e traço) e depressão em casais com diagnóstico de infertilidade que vivenciam os tratamentos pela primeira vez *versus* os que repetiam novo ciclo de tratamentos, e ainda, explorar as diferenças deste processo tendo em conta o género. Os investigadores concluíram que os casais que são submetidos pela primeira

vez a estes tratamentos apresentam níveis mais elevados de ansiedade de estado em comparação aos que já realizaram estes tratamentos anteriormente. Os níveis de depressão apresentam-se mais elevados em casais que já realizaram os tratamentos mais do que uma vez. Em ambos os grupos do estudo, as mulheres e homens têm níveis mais elevados de ansiedade-estado do que de ansiedade-traço e as mulheres são aquelas que apresentam níveis mais elevados de depressão comparativamente aos homens.

Smith et al. (2010) avaliaram 434 casais que estavam a iniciar os tratamentos de PMA e, após a avaliação inicial, constataram que 20% dos indivíduos não foram submetidos a qualquer tratamento referindo “stress emocional” como a principal razão, e obtiveram uma pontuação elevada nos instrumentos de avaliação da depressão. Num estudo anteriormente realizado por Brandes et al. (2009), 34% das mulheres interromperam o tratamento de PMA devido a angústia emocional. Já outro estudo de Olivius et al. (2004), com 974 participantes, mostrou que 26% dos casais desistiram devido a questões de stress e ansiedade e 7% devido à perceção negativa do seu suporte social.

O suporte social, pode ser entendido como a perceção de atitudes de carinho e compreensão da rede social de um determinado individuo (Walen & lachman, 2000) e revela-se um fator determinante da saúde física e mental, funcionando como um fator de proteção em situações de crise, nomeadamente em situações de depressão e ansiedade, sobretudo em adultos cuja única fonte de apoio é o/a cônjuge (Teasdale et al., 2017). Segundo Cohen e Wills (1985), o suporte social protege os indivíduos de potenciais influências patológicas de acontecimentos de vida stressantes, reduzindo ou atenuando a resposta de stress a esses eventos e contribuindo assim para o bem-estar destes. As estratégias de coping que envolvem suporte social estão associadas a maiores níveis de qualidade de vida e saúde psicológica, principalmente em mulheres (Zurlo et al., 2018), e a menores valores de sintomatologia ansiosa e depressiva (Aldemir et al., 2015). Assim sendo, um nível de suporte mais baixo tende a ser preditor de níveis maiores de sintomatologia grave (Duffy et al., 2018). Segundo Kroemeke e Kubicka (2018), o bem-estar da mulher depende essencialmente do suporte social percebido. Desta forma, a rede de suporte social parece, assim, ser fundamental na vida de mulheres com diagnóstico de infertilidade (Batoool & de Visser, 2014) e em casais que já experienciaram o insucesso de vários tratamentos, podendo a privação deste suporte resultar num menos bem-sucedido ajustamento psicológico a longo prazo (Daniluk & Tench, 2007).

Na pesquisa bibliográfica realizada até agora não se encontrou nenhuma revisão bibliográfica sobre mulheres solteiras ou mulheres lésbicas em coabitação ou casais de mulheres que recorrem aos serviços de PMA. Mas, e como referido anteriormente, os trabalhos direcionados para os casais heterossexuais continuam a ser uma crescente, o que se confirma, por exemplo, com as recentes publicações de duas revisões sistemáticas envolvendo casais heerossexuais Simionescu et al. (2021) e Szkodziak et al. (2020), focadas nos aspetos psicológicos da vivência da infertilidade e dos tratamentos de PMA e o seu impacto na dinâmica conjugal.

## **2. Método**

### **2.1. Objetivo e Questão de Investigação**

Este trabalho tem como objetivo realizar uma revisão sistemática da literatura sobre as características sociodemográficas e de bem-estar psicológico/emocional das mulheres solteiras, lésbicas em coabitação ou casais de lésbicas que procuram os tratamentos de PMA com vista à maternidade independente.

Segundo o Cochrane Handbook (Higgins et al., 2019), uma revisão sistemática é um trabalho científico que procura responder a uma questão de investigação previamente definida, usando métodos sistemáticos e explícitos para identificar, seleccionar e avaliar criticamente os trabalhos relevantes e recolher e analisar dados de estudos a incluir na revisão de forma transparente e completa. Sendo que as revisões sistemáticas fazem uma análise geral de todos os estudos originais num determinado tema, estas são habitualmente consideradas como evidência de alta qualidade (*ibidem*). As revisões sistemáticas são cada vez mais importantes na medida em que permitem que quem as lê possa ter acesso a informação atualizada e sintetizada, servindo de ponto de partida para o desenvolvimento de diretrizes na prática clínica. Estas são ainda essenciais para garantir que há justificação necessária para investigações adicionais que envolvem maiores gastos financeiros e de tempo (Young & Horton, 2005).

Para a realização de uma revisão sistemática é importante cumprir determinados critérios internacionais do *PRISMA Statement (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses)* (Page et al., 2021), entre os quais: (1) formular uma questão de investigação; (2) produzir um protocolo de investigação (segundo as guidelines do *PRISMA Statement*); (3) definir critérios de inclusão e exclusão; (4) definir uma estratégia de pesquisa e pesquisar a literatura; (5) seleccionar os estudos; (6) avaliar a qualidade dos estudos; (7) extrair

os dados; (8) sintetizar os dados e avaliar a qualidade das evidências; (9) fazer publicação dos resultados. Todos estes passos devem ser descritos e detalhados ao longo da revisão sistemática.

Para a condução da presente revisão sistemática da literatura, elaborou-se um protocolo segundo o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) guidelines* (Rethlefsen et al., 2021) que inclui os seguintes passos: definição da questão de investigação, procura e seleção dos estudos, avaliação da qualidade metodológica dos estudos, extração dos dados e síntese dos resultados (Donato & Donato, 2019). Prevê-se o registo posterior do protocolo (anexo I) na PROSPERO que é uma base internacional de registo de revisões sistemáticas.

A definição da questão de investigação foi realizada com base no modelo definido pelo acrónimo PESO: *Population, Exposition, Study Design e Outcome* (Tabela 1).

Tabela 1. Questão de Investigação segundo o modelo PESO

<b>P</b>	<b>E</b>	<b>S</b>	<b>O</b>
<b>Population</b>	<b>Exposition</b>	<b>Study Design</b>	<b>Outcome</b>
Mulheres solteiras, lésbicas em coabitação ou casais de lésbicas que recorrem aos tratamentos de PMA com vista à maternidade independente.	Processo de PMA	Quantitativo e qualitativo	- Características sociodemográficas das mulheres solteiras, lésbicas em coabitação ou casais de lésbicas que recorrem aos tratamentos de PMA com vista à maternidade independente. - Características do bem-estar psicológico/emocional das mulheres solteiras, lésbicas em coabitação ou casais de lésbicas que recorrem aos tratamentos de PMA com vista à maternidade independente.

A questão de investigação é: Quais as características sociodemográficas e de bem-estar psicológico das mulheres solteiras, mulheres lésbicas em coabitação e casais de mulheres que recorrem a tratamentos de PMA com vista à maternidade independente? Procurou-se que a

questão de investigação cumprisse com os critérios definidos por Thomas, Kneale e McKenzie (Thomas et al., 2019), nomeadamente que fosse *Feasible, Interesting, Novel, Ethical, and Relevant* (Cummings et al., 2013), o que será discutido posteriormente.

## 2.2. Estratégias de Pesquisa

Inicialmente foram selecionadas as bases de dados mais adequadas tendo em conta o tema e o objetivo deste trabalho: consideraram-se assim duas bases de dados da área da Psicologia – a Psychology and Behavioural Science Collection e a APA PsyArticles, duas das mais reconhecidas bases de dados da área da saúde – CINAHL Plus With Full Text e MEDLINE e uma base de dados ampla e multidisciplinar – a Academic Search Complete. A utilização da base de dados da área da saúde deveu-se ao elevado número de publicações sobre PMA nesta área. Para realizar a pesquisa recorreu-se à Ebsco Discovery Service que é uma plataforma agregadora de bases de dados específicas, nomeadamente as selecionadas. Procedeu-se complementarmente a uma pesquisa em duas bases de dados referenciais – Web of Science e Scopus – de forma a explorar a existência e garantir que faziam parte da revisão artigos publicados em revistas dos primeiros quartis (Q1 e Q2).

Para que a pesquisa fosse de encontro ao objetivo do estudo, foi definida uma expressão de pesquisa que inclui palavras-chave (*mesh terms*), caracteres booleanos (e.g., AND, OR), truncaturas (e.g., demographi\*), *wild cards* (e.g., wom?n), palavras combinadas (e.g., single wom?n) e parêntesis (Azevedo & Sousa, 2019). Desta forma, foi definida a seguinte expressão: (“Single wom?n” OR “Cohabiting wom?n” OR “Lesbian wom?n” OR “lesbian couple\*”) AND (“medically assisted reproduction” OR “medically assisted procreation”) AND (characteristic\* OR demographi\* OR sociodemographi\* OR psychologi\* OR psychossocia\* OR well\$being OR emotion\*). Esta estratégia de organização da expressão/equação de pesquisa que inclui termos controlados (por exemplo o que se designou internacionalmente por termos *Mesh* – Medical Subject Headings), que permite trazer uniformidade, criar consistência e precisão e por sua vez, permite encontrar informação independentemente da terminologia utilizada pelos autores dos artigos. A utilização dos termos não controlados (e.g., OR/AND, \*, #, ?) possibilita realizar combinações entre termos que serão utilizados na pesquisa e assim alargar ou restringir esta ou excluir termos dos resultados e assim aprimorar a pesquisa (Donato & Donato, 2019). Esta equação foi utilizada para identificar informações sociodemográficas e respeitantes ao bem-estar psicológico/emocional das mulheres solteiras, lésbicas em coabitação ou casais de lésbicas que recorrem a tratamentos de PMA, com vista à maternidade independente.

Com o objetivo de incluir artigos mais informativos para o propósito do estudo, para aumentar a precisão da seleção dos artigos e diminuir um possível viés entre os revisores do trabalho, foram definidos os seguintes critérios de inclusão: (a) artigos unicamente em inglês; (b) artigos empíricos originais que incluam as características sociodemográficas e de bem estar psicológico/emocional de mulheres solteiras, lésbicas em coabitação ou casais de lésbicas que recorrem a tratamentos de PMA, com vista à maternidade independente; (c) publicações realizadas até junho de 2021; (d) estudos quantitativos e qualitativos independentemente do tamanho da amostra, instrumentos/estratégias utilizados para avaliar as características sociodemográficas e bem-estar psicológico/emocional. Como critérios de exclusão, foram definidos os seguintes: (a) Investigação não-original (dados replicados); (b) publicações associadas a eventos científicos/ *proceedings*, protocolos de pesquisa, revisões (por exemplo, revisões da literatura, revisões sistemáticas) e meta-análises; (c) estudos em não-humanos.

### 2.3. Procedimentos de Pesquisa

Numa primeira fase da pesquisa, foram tidos em consideração os campos de pesquisa *título, resumo e palavras-chave*, na medida em que estes são os campos adequados para a determinação da pertinência e relevância dos resultados de pesquisa numa base de dados. No total, obteve-se 5 resultados, como é possível observar na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição dos resultados obtidos através da utilização dos campos de pesquisa *Título, Resumo e Palavras-chave*

Formato	Base de dados		Nº de resultados / base de dados
	Área	Base de dados	
<b>Texto completo</b>	Psicologia	<i>APA PsycArticles</i>	0
		<i>Psychology and Behavioral Sciences Collection</i>	0
	Saúde	<i>MEDLINE</i>	3
		<i>CINAHL Plus</i>	0
	Multidisciplinar	<i>Academic Search Complete</i>	1
<b>Referencial</b>	Multidisciplinar	<i>Web Of Science</i>	0
		<i>SCOPUS</i>	1
<b>Total</b>			<b>5</b>

Sendo que o número de resultados foi limitado, optou-se por se aplicar a pesquisa referente a *Qualquer* campo. A sua utilização aumenta o nível de exaustividade, mas diminui

significativamente o nível de especificidade. No entanto, esta opção será posteriormente ajustada pela seleção dos resultados através de uma leitura analítica dos metadados e/ou dos textos completos por parte dos investigadores. Desta forma, obtiveram-se 168 resultados, tal como se verifica na Tabela 3.

Tabela 3. Distribuição dos resultados obtidos através da utilização de Qualquer campo de pesquisa

Formato	Base de dados		Nº de resultados / base de dados
	Área	Base de dados	
<b>Texto completo</b>	Psicologia	<i>APA PsycArticles</i>	5
		<i>Psychology and Behavioral Sciences Collection</i>	5
	Saúde	<i>MEDLINE</i>	4
		<i>CINAHL Plus</i>	9
	Multidisciplinar	<i>Academic Search Complete</i>	72
<b>Referencial</b>	Multidisciplinar	<i>Web Of Science</i>	4
		<i>SCOPUS</i>	69
	<b>Total</b>		168

#### 2.4. Extração de Dados e Definição da amostra

A extração dos artigos das bases de dados foi realizada por dois investigadores (a autora do trabalho e por outro membro da equipa de investigação), de forma independente dando um resultado de 168 artigos. Tendo em consideração que foram utilizadas várias bases de dados distintas, existia a probabilidade de que algumas revistas pudessem constar simultaneamente nessas bases de dados e, por isso, os seus artigos surgissem mais do que uma vez neste resultado. Como tal, foi realizado por estas investigadoras uma verificação e eliminação de artigos duplicados, dando assim um resultado de 113 artigos no total. De seguida, foi realizada uma revisão dos artigos pela autora do trabalho e por outra investigadora, de forma independente, sendo que as avaliações dos artigos foram, à posteriori, comparadas e resolvidas possíveis divergências. Numa primeira fase, com recurso aos metadados dos artigos, resumo e palavras-chave, determinou-se a pertinência e relevância dos artigos, aumentando a especificidade da amostra, tendo em consideração os objetivos do estudo. Nos casos em que os metadados não permitiram essa averiguação, procedeu-se a uma leitura do texto completo. Este processo foi completado de forma independente por ambas as investigadoras. Foi ainda realizada uma revisão geral de forma autónoma por parte de outra investigadora de forma a garantir a máxima

precisão e rigor do processo. Estes procedimentos referem-se ao cumprimento dos critérios de qualidade descritos no PRISMA (itens 8 e 9) (Page et al., 2021). Os dados extraídos foram registados num ficheiro de Excel com diversas folhas correspondentes aos passos de seleção seguidamente descritos.

De um total de 113 artigos, foram analisados os títulos e realizada a primeira triagem, dando um resultado de 14 artigos. Deste resultado, foram analisados os resumos (*abstract*) e retirados todos aqueles que não iam de encontro à questão de investigação e aos critérios de inclusão e exclusão. Depois de uma leitura completa destes artigos, o total de artigos elegíveis para esta revisão sistemática da literatura foi de 6. Para uma melhor compreensão deste processo e dos resultados, segue-se esta triagem resumida através do fluxograma do *PRISMA Statement (Prisma Flowchart)* (Fig. 1) (Page et al., 2021).

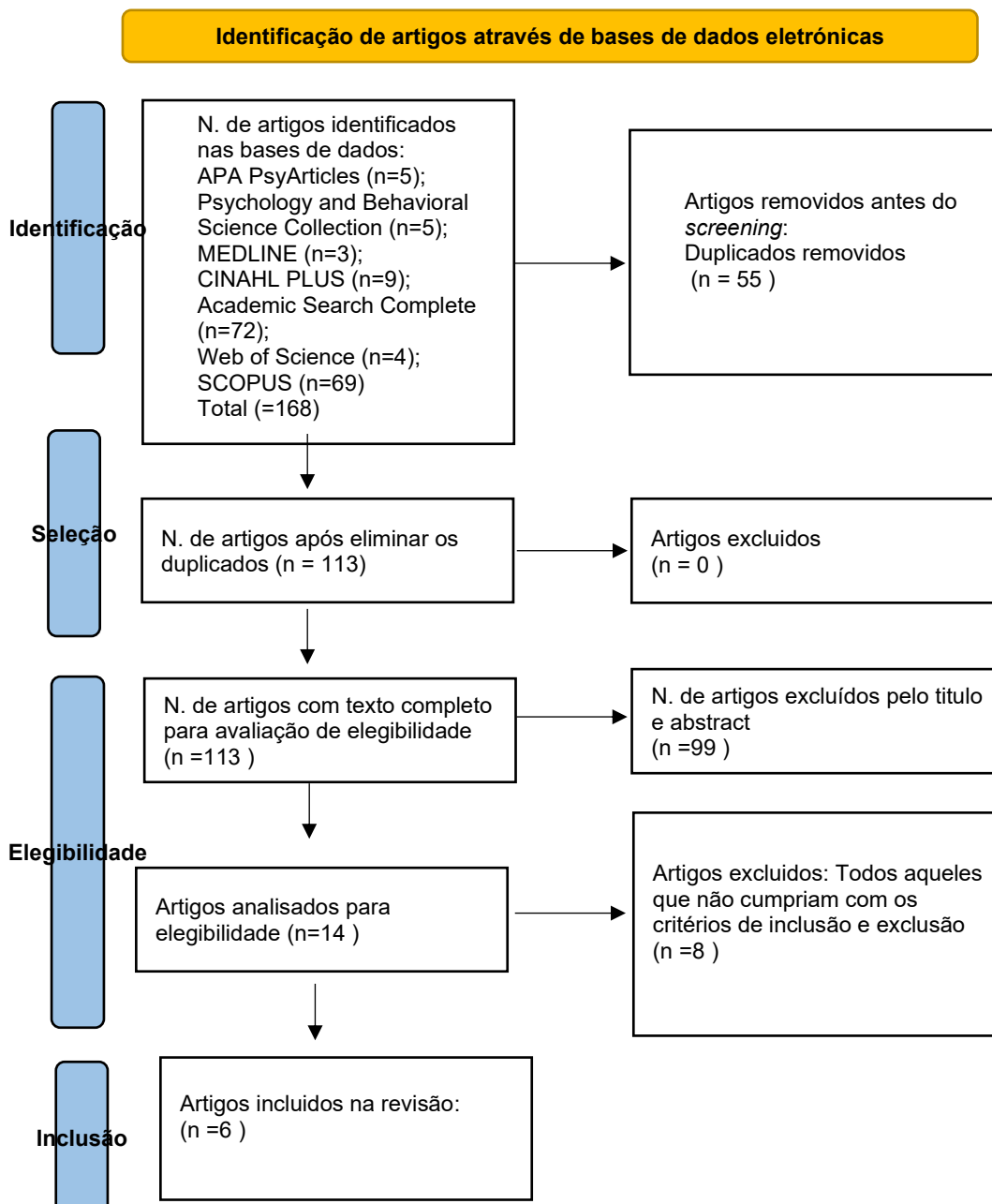


Fig. 1 Prisma flowchart

### 3. Resultados e Discussão

As características do estudo, tamanho da amostra, instrumentos e objetivos serão encontrados na tabela 4.

Tabela 4. Características dos estudos incluídos na revisão sistemática

<b>Autores, Ano e País</b>	<b>Amostra</b>	<b>Subamostras</b>	<b>Tipo de Estudo</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Objetivo</b>
Birch Petersen et al. 2015 Dinamarca	n = 340	Mulheres solteiras (n= 200) Mulheres em coabitação (N = 140)	Estudo Transversal	Questionário On-line	Perceber as características de mulheres com mais de 35 anos sem filhos que procuram tratamentos de fertilidade e aconselhamento sobre a sua saúde reprodutiva. Perceber se existem diferenças significativas entre mulheres solteiras e mulheres coabitantes.
Jadva et al. 2009 UK	n = 291	Mulheres solteiras (n= 291)	Estudo Qualitativo	Questionário On-line	Perceber as motivações e as características sociodemográficas de mulheres solteiras que procuraram a maternidade a sós.
Solomon et al. 2015 Dinamarca	n = 311	Mulheres solteiras (n = 184) Mulheres em coabitação (n = 127)	Estudo Longitudinal	Questionários via correio	Realizar uma caracterização sociodemográfica, perceber as origens familiares, histórias reprodutivas e atitudes em relação à maternidade em mulheres solteiras vs. mulheres coabitantes que procuram tratamentos de PMA com sêmen de dadores.
Volgsten & Schmidt					Caracterizar sociodemograficamente

2019 Suécia	n = 86	Mulheres solteiras (n = 86)	Estudo Piloto	Questionários via correio	as mães solteiras por opção e compreender as suas motivações.
Weissenberg et al. 2007 Israel	n = 62	Mulheres solteiras (n = 62)	Estudo Quantitativo	Entrevistas estruturadas e Questionários	Caracterizar sociodemograficamente mulheres que procuraram os tratamentos de PMA e a doação de sêmen com vista à maternidade independente e recolher informação relacionada com a saúde materna e infantil, relação mãe- filho, sobre as dificuldade e necessidades das mães solteiras.
Werner et al. 2021 Dinamarca	n = 20	Mulheres solteiras (n = 20)	Estudo Exploratório Qualitativo	Entrevistas Semi- estruturadas	Explorar o processo de tomada de decisão de mulheres que decidiram tornar-se mães a sós.

No geral, identificou-se a existência de diferenças consideráveis no que diz respeito ao objetivo do estudo, desenho, tamanho da amostra e medidas entre os 6 artigos seleccionados para revisão. Como se pode analisar na tabela 4, todos os estudos incluem questionários que foram respondidos pelas participantes através de plataformas on-line, via correio ou durante entrevistas presenciais. Dois estudos utilizaram entrevistas (entrevista estruturada e semiestruturada). Dois estudos apresentam-se como qualitativos (Jadvá et al., 2009; Werner et al., 2021), sendo que nos outros 4 se recorreu à metodologia quantitativa.

O tamanho das amostras de mulheres solteiras, mulheres lésbicas em coabitação e casais de mulheres varia entre um total de 20 mulheres (Werner et al., 2021) e 311 mulheres (Salomon et al., 2015), sendo que um artigo inclui este grupo como uma das sub-amostras do seu trabalho (Solomon et al., 2015). Os artigos são europeus, com exceção de um realizado em Israel (Weissenber et al., 2007). Tal como tínhamos referido anteriormente, diversos países europeus têm legislação que permite o acesso destas mulheres à PMA (e.g., Jølving et al., 2021; Proença Xavier, 2018). No entanto, essa diversidade de países europeus não parece estar traduzida na investigação científica pois a nossa amostra apenas é referente a 2 países da atual União Europeia (Dinamarca e Suécia) e Reino Unido. O número total de artigos da revisão sistemática

reforça ainda a ideia prévia de menor quantidade de publicações em comparação com os estudos que integram casais heterossexuais (e.g., Molgora et al., 2020; Kroemeke & Kubicka, 2018).

As datas de publicação destes estudos estão provavelmente relacionadas com o surgimento e alterações nos diversos países, das leis de PMA que vieram permitir que todas as mulheres, independentemente do seu estado civil, do diagnóstico de infertilidade e da respetiva orientação sexual, passassem a ter acesso a estes tratamentos. Assim sendo, as datas de publicação variam entre 2007 (Weissenberg et al., 2007) e 2021 (Werner et al., 2021).

Apesar das características dos estudos incluídos nesta revisão serem diversas, é importante identificar os seus contributos para responder ao objetivo pré-definido PESCO (*Population, Exposition, Study Design e Outcome*), nomeadamente que características sociodemográficas e de bem-estar psicológico/emocional são explorados. No geral, podemos referir que em todos os estudos aqui incluídos estão presentes informações sobre a idade média das participantes aquando da procura dos tratamentos de PMA e da recolha dos dados, sobre o nível de educação e o tempo de permanência a estudar, a situação profissional, a classe social, o nível de rendimentos, número de filhos de relações prévias e/ou gravidez, composição familiar, número de parceiros sexuais, saúde, duração de relacionamentos prévios e relações atuais e local de residência e naturalidade. Entre estes estudos, um deles incluía questões ligadas à orientação sexual das participantes (Volgsten & Schmidt, 2019), um outro estudo no que diz respeito à etnia das participantes (Jadva et al., 2009) e um outro incluía questões sobre o posicionamento religioso (Weissenber et al., 2007).

No que concerne à caracterização do bem-estar psicológico/emocional das participantes, apenas um estudo inclui esta informação (Volgsten & Schmidt, 2019). Estes elementos alertam para a necessidade de maior investimento nesta área de investigação existente sobre as mulheres solteiras e/ou que fazem parte de casais homossexuais que procuram os serviços de PMA. Trabalhos com casais heterossexuais apontam para aspetos desafiantes do processo, com implicações no bem-estar psicológico (Martins et al., 2016; Smorti & Smorti, 2013), e, havendo alguns aspetos necessariamente paralelos como as dimensões físicas dos exames e procedimentos médicos ou a incerteza quanto ao sucesso, antecipam-se desafios para a vivência dos processos de PMA por parte das mulheres que procuram a MI. Só com maior informação se poderá contribuir para o incremento de qualidade do acompanhamento destas situações (Gameiro et al., 2015).

No que diz respeito ao bem-estar psicológico/emocional, o único trabalho que aborda estas questões é o de Volgsten e Schmidt (2019) que utiliza como instrumento um questionário de respostas fechadas, nomeadamente sobre o estado de saúde mental. O instrumento foi enviado através do correio. A maioria considerou a sua saúde mental atual boa (49,1%) e muito boa (50,9%), mas apontando para que no passado vivenciaram sintomas de ansiedade e depressão no passado.

Considerando agora as características sociodemográficas, o quadro seguinte apresenta variáveis analisadas em 2 ou mais artigos e os dados obtidos (tabela 5).

Tabela 5. Características Sociodemográficas incluídas em 2 ou mais artigos.

<b>Autores, Ano</b>	<b>Idade</b>	<b>Nível Académico</b>	<b>Situação Profissional</b>	<b>Rendimentos Mensais</b>	<b>Habitação e Residência</b>	<b>Etnia</b>	<b>Nº de parceiros Sexuais</b>	<b>Duração de relações prévias</b>
Birch Petersen et al. 2015	(M= 37.4 anos)	Solteiras 18-28 anos (52.3%) no ensino superior Em coabitação 18-23 (33,2%) no ensino superior	81,9% ativas e 8% desempregadas 10,1% outro	Ambas com rendimentos médios (33,5%) e altos (32,5%)	-	100% Caucasianas	-	-
Jadva et al. 2009	(M= 42 anos) varia entre os 27-64 anos	59% pós-graduação, 29% ensino superior, 5% ensino profissional, 4% ensino obrigatório, 3% ensino básico	Trabalho a full-time 72%, Part-time 19%, 9% desempregadas	-	-	92% do total de mulheres eram caucasianas, 1.7% Hispânico-latinas, 1,3 negras e 0.3% eram asiáticas, 4,7% outros	-	-

Solomon et al. 2015	Solteiras (M=36.1) Em coabitação (M= 32.6 anos) Heterossexuais (M=32.5 anos)	Solteiras - médio prazo (39.3%), longo (26.2%) Em coabitação -médio (34.6%) e curto (29.1%) Heterossexuais-curto (36,9%) e médio (34,2%)	-	-	Todas as mulheres viveram e mantêm-se a viver predominantemente em zonas metropolitanas	-	2-9 parceiros sexuais	média de 2-4 anos
Volgsten & Schmidt 2019	(M= 35.1) Idade compreendidas entre os 27-39 anos	A maioria frequentou a universidade por mais de 3 anos	Todas as mulheres tinham um trabalho estável a full-time.	57% das mulheres tem um rendimento alto	57% das mulheres tem casa própria e vivem em zonas metropolitanas	-	33,3% tiveram mais de 20 parceiros sexuais depois dos 20 anos	81,5% teve numa relação de longa-duração (+ de 6 meses=)
Weissenberg et al. 2007	Mulheres solteiras com idades compreendidas entre os 30-56 anos	Licenciatura (30,3%), Mestrado (32.2%), Secundário ou ensino básico (27.4%)	95% com carreira estável ou proprietárias de um negócio próprio em full-time 12% desempregadas	-	A maioria das mulheres viveram e vivem zonas metropolitanas	-	-	-

---

Werner et al. 2021	Idades compreendidas entre os 26-46 anos	A maioria das mulheres esteve entre 3-5 anos a estudar para além do ensino secundário (n=10), outras estiveram +1 ano (n=7)	A totalidade das mulheres encontram-se com trabalho estável e a full-time	-	-	-	-	Todas estiveram numa relação longa (+ 6 meses) com um homem
--------------------	--	---	---	---	---	---	---	---

---

Verifica-se que em todos os trabalhos a média de idades é superior aos 30 anos. Resultados semelhantes estão patentes noutros estudos com mães “solo” (e.g., MacCartney, 1985) que referem o aproximar do final da idade fértil como razão para recorrer a uma clínica de fertilidade. No estudo de Solomon et al. (2015) a média de idades das mulheres solteiras que procuram os tratamentos de PMA é de 36.1 anos de idade, sendo significativamente mais velhas do que as mulheres lésbicas em coabitação com 32.6 anos. A maioria das mulheres solteiras já teve relações heterossexuais de longa duração (mais de 6 meses) (Volgsten et al., 2019). Dois trabalhos recolheram dados sobre parceiros/as sexuais, sendo que tanto as mulheres solteiras como as em coabitações lésbicas tiveram entre 2 e 9 parceiros/as sexuais depois dos 20 anos (Solomon et al., 2015; Volgsten et al., 2019).

No que concerne ao nível educacional e ao prolongamento dos estudos, as mulheres solteiras mantiveram-se a estudar por mais tempo (entre os 18 - 25 anos) e atingiram níveis académicos mais elevados, prosseguindo estudos para a universidade (Birch et al., 2015; Solomon et al., 2015; Volgsten & Schmidt, 2019; Weissenberg et al., 2007). As mulheres em coabitação apresentam dados semelhantes, mas com um máximo de anos de estudo ligeiramente menor (18-23 anos) e completaram níveis académicos mais baixos (Solomon et al., 2015) (percebendo-se a relação tempo/níveis académicos). A atividade profissional é abordada em todos os trabalhos, existindo novamente nível concordância entre todos os estudos, tanto as mulheres solteiras como em coabitação ou casais de lésbicas têm uma carreira estável e trabalham em full-time (e.g., Werner et al., 2021) ou são proprietárias de um negócio próprio (e.g., Weissenberg et al., 2007). A maioria tem um rendimento mensal acima da média e vivem em casas próprias (e.g., Volgsten et al., 2015). Em dois dos estudos (e.g., Solomon et al., 2015; Volgsten et al., 2015) a maior parte das mulheres viveram com ambos os pais durante o seu desenvolvimento, têm irmãos com filhos e provêm de cidades metropolitanas, onde se mantêm a viver. Dois estudos integram a étnica: num dos estudos (Birch Petersen et al. 2015) a totalidade das mulheres eram caucasianas e no outro (Jadva et al., 2009) a maioria (92%) também eram caucasianas, seguindo-se Hispânico-Latinas (1,7%), as negras ou negras africanas (1,3%). O estudo de Weissenber e colegas (Weissenber et al. (2007) mostram ainda que a maioria das mulheres lésbicas em coabitação e solteiras nunca tinha vivenciado nenhum problema de saúde grave, mas que estavam presentes algumas doenças crónicas, sendo as mais comuns a asma/alergia, problemas da tiroide ou endometriose.

Variáveis sociodemográficas presentes num único trabalho não foram integradas na tabela anterior (tabela 5). Por exemplo no estudo de Jadva e colegas (Jadva et al., 2009) a maioria das mulheres solteiras definiram-se como heterossexuais (90%), bissexuais (6%) e lésbicas (4%). O trabalho de Weissenberg (Weissenberg et al., 2007) explora crenças religiosas – a maioria das mulheres solteiras identificava-se como não religiosa (78,7%) ou não tradicional (18%).

O estudo de Volgsten e colegas é o único que inclui informação sobre a saúde mental das participantes, mostrando que a maioria considera a sua saúde mental atual boa (49,1%) e muito boa (50,9%), mas que no passado vivenciaram sintomas de ansiedade e depressão. Este estudo não utiliza nenhum instrumento de avaliação standarizado, que é a estratégia habitualmente utilizada para explorar aspetos diversos sobre o bem-estar psicológico. A utilização de instrumentos com boas qualidades psicométricas é algo que habitualmente faz parte do design de investigação quando questões de bem-estar psicológico pretendem ser estudadas, o que habitualmente acontece no âmbito da Psicologia. Estes dados alertam para a necessidade de mais estudos sobre o tema (pelas razões anteriormente explicadas) e poderão fazer-nos pensar que as equipas que desenvolveram estes trabalhos não integram psicólogos.

## **Conclusões**

Este trabalho surge com a intenção de realizar uma revisão sistemática sobre as características sociodemográficas e de bem-estar psicológico/emocional das mulheres solteiras, lésbicas em coabitação e casais de lésbicas que procuram os tratamentos de PMA com vista à maternidade independente. Apesar de este acesso aos tratamentos de PMA ser recente em Portugal, em diversos países este é uma realidade que já leva alguns anos de avanço e que mesmo assim parece não ter vindo a ser alvo de interesse por parte da comunidade científica. Uma pesquisa informal num motor de busca generalista revela facilmente variados estudos da medicina e biologia interessados em aspetos anatómicos e fisiológicos e procedimentos médicos e biológicos da pMA, mas só encontramos 6 trabalhos sobre características sociodemográficas e apenas um integra variáveis referentes ao bem-estar psicológico.

Também não foi encontrado nenhum trabalho em português ou da população portuguesa. Isto pode estar relacionado com a alteração da lei de PMA em Portugal apenas ter acontecido recentemente, em 2017 e, tal como referido anteriormente, ainda não se ter registado qualquer tratamento realizado a este público-alvo devido à dificuldade ao recurso a gâmetas no Banco Público de Gametas (CNPMA, 2020). Como se referiu anteriormente, a lista de espera

existe (ibidem) pelo que se supões que nos próximos tempos diversas mulheres portuguesas do grupo estudado iniciem processos de PMA. Será uma oportunidade importante para que os investigadores se dediquem ao tema.

Parece-nos ainda interessante referir que a maioria dos estudos encontrados e excluídos desta revisão estavam relacionados com questões de legislação e alterações das leis de PMA, o que se pensa estar relacionado com a novidade do tema e as recentes mudanças nas diversas legislações dos variados países.

Os resultados dos estudos incluídos nesta revisão sistemática revelam pontos em comum no que diz respeito às características sociodemográficas das mulheres solteiras, lésbicas em coabitação e casais de mulheres lésbicas que procuram os tratamentos de PMA com vista à maternidade independente. Por exemplo, em todos os trabalhos as médias de idades é superior aos 30 anos, época de vida referida noutros estudos com mães solo e que corresponde ao aproximar do final da idade fértil como razão para recorrer a uma clínica de fertilidade (e.g., McCartney, 1885). A nível educacional, os dados apontam que estas mulheres investem estudos e prosseguiram para patamares académicos mais elevados, mantendo-se durante mais tempo a estudar (e.g., Birch et al., 2015). A nível laboral existe novamente concordância entre os vários trabalhos, apontando para uma vida profissional organizada, estável e satisfatória (e.g., Werner et al., 2021), o que por sua vez, justifica que a maioria destas mulheres tenha um rendimento mensal acima da média e vivem em casas próprias (e.g., Volgsten et al., 2015).

No âmbito dos resultados destaca-se ainda que apenas foi identificado um estudo que aborda características psicológicas/emocionais, sem recorrer a instrumentos standarizados, como anteriormente discutido. Estes instrumentos standarizados são habituais em estudos com casais, possibilitando uma caracterização desses utentes no serviço de PMA (e.g., Elhusein et al., 2016), e o ajustamento das intervenções por parte das equipas de psicologia que os acompanha (Gameiro et al., 2015).

Não consideramos a integração de artigos em outra língua que não o inglês nem trabalhos, publicados no âmbito eventos científicos/proceedings, protocolos de pesquisa ou outros. Como é um tema recente, poderá acontecer que existam trabalhos com amostras pequenas que não terão acesso a revistas científicas internacionais dos principais quartis, mas que poderão estar publicados noutras línguas de origem, com outra organização, nomeadamente trabalhos publicados no âmbito de reuniões científicas ou outros. Estes trabalhos poderão

fornecer informação pertinente e útil no sentido da caracterização sociodemográfica e do bem-estar psicológico das mulheres solteiras ou casais de mulheres homossexuais ou em coabitação lésbicas, servindo de apoio às equipas que acompanham estas mulheres nos processos de PMA, nomeadamente no âmbito da Psicologia. Neste sentido, a sua não inclusão poderá ser vista como uma limitação do presente trabalho.

Do ponto de vista metodológico, destacamos o cumprimento das regras atualmente aceites internacionalmente (Higgins et al., 2019; Page et al., 2021) quanto à planificação, implementação e relato de revisões sistemáticas. Quanto à questão de investigação, consideramos que cumpre com os critérios de ser viável, interessante, original, ético e relevante (Cummings et al., 2013). Uma revisão é viável quando os autores conseguem responder à questão usando as evidências disponíveis sem que daí resultem metadados em enorme quantidade, impossibilitando a resposta à questão central, sendo uma condição que o trabalho atesta. Como já referido, este é um tema pertinente e atual e a importância de contribuir para o seu conhecimento parece-nos facilmente reconhecível e, portanto, relevante. Para além disso, ao longo do trabalho houve a atenção de mostrar a neutralidade no que ao tema diz respeito, cumprindo os critérios de ética. Para além disso, ao longo do trabalho recorreu-se a três diferentes investigadores em diferentes etapas do processo, nomeadamente na procura e seleção dos estudos e no processo de recolha e listagem de dados e na sua avaliação, indo assim de encontro aos critérios de qualidade descritos no PRISMA (por exemplo itens 8, 9 e 10) (Page et al., 2021). O anexo II descreve o cumprimento dos critérios da *check-list* do PRISMA ao longo do trabalho (anexo II).

## Referências Bibliográficas

Aldemir, S., Eser, A., Ozturk Turhan, N., Dalbudak, E., & Topcu, M. (2015). Relation of anxiety and depressive symptoms with perceived social support according to gender within infertile couples. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 28(4), 328. <https://doi.org/10.5350/DAJPN2015280404>

Almeida, C. C. L., & Valesini, C. (2013). Uso de tecnologias de reprodução assistida por mulheres solteiras: Reflexões sobre família e género. [http://www.fg2013.wvc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1373335341\\_ARQUIVO\\_PaperFazendoGenero.pdf](http://www.fg2013.wvc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1373335341_ARQUIVO_PaperFazendoGenero.pdf)

Alves, S. M. A. L., & Oliveira, C. C. (2014). Reprodução medicamente assistida: questões bioéticas. *Revista Bioética*, 22, 66-75. <https://www.scielo.br/j/bioet/a/x5KTPKD6NpSGLPpH6vyNmNb/?format=pdf&lang=pt>

Amato, P. R. (2001). Children of divorce in the 1990s: an update of the Amato and Keith (1991) meta-analysis. *Journal of family psychology*, 15(3), 355. <https://doi.org/10.1037//0893-3200.15.3.355>

American Society for Reproductive Medicine (n.d.). FAQs About Infertility: <https://www.reproductivefacts.org/faqs/frequently-asked-questions-about-infertility/q01-what-is-infertility/>

Azevedo, L. F., & Sousa-Pinto, B. (2019). Avaliação Crítica de uma Revisão Sistemática e Meta-Análise: Da Definição da Questão de Investigação à Pesquisa de Estudos Primários. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 28(1), 53-56. <https://revistas.rcaap.pt/anestesiologia/article/view/17320>

Barbosa, P. Z., & Rocha-Coutinho, M. L. (2007). Maternidade: novas possibilidades, antigas visões. *Psicologia Clínica*, 19(1), 163-185. <https://doi.org/10.1590/S0103-56652007000100012>

Batool, S. S., & de Visser, R. O. (2014). Psychosocial and contextual determinants of health among infertile women: A cross-cultural study. *Psychology, health & medicine*, 19(6), 673-679. <https://doi.org/10.1080/13548506.2014.880492>

Beltrame, G. R., & Donelli, T. M. S. (2012). Maternidade e carreira: desafios frente à conciliação de papéis. *Aletheia*, (38-39), 206-217. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141303942012000200017&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141303942012000200017&lng=pt&tlng=pt).

Berghuis, J. P., & Stanton, A. L. (2002). Adjustment to a dyadic stressor: A longitudinal study of coping and depressive symptoms in infertile couples over an insemination attempt. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(2), 433. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.2.433>

Bernal, R., & Keane, M. (2005). Maternal Time Child Care and Child Cognitive Development: The Case of Single Mothers. *Unpublished paper, Department of Economics, Northwestern University (September 15)*.

Birch Petersen, K., Hvidman, H. W., Sylvest, R., Pinborg, A., Larsen, E. C., Macklon, K. T., ... & Schmidt, L. (2015). Family intentions and personal considerations on postponing childbearing in childless cohabiting and single women aged 35–43 seeking fertility assessment and counselling. *Human Reproduction*, 30(11), 2563-2574. <https://doi.org/10.1093/humrep/dev237>

Birch Petersen, K., Sylvest, R., Nyboe Andersen, A., Pinborg, A., Westring Hvidman, H., & Schmidt, L. (2016). Attitudes towards family formation in cohabiting and single childless women in their mid-to late thirties. *Human Fertility*, 19(1), 48-55. <https://doi.org/10.3109/14647273.2016.1156171>

Boivin J, Schmidt L. (2005). Infertility-related stress in men and women predicts treatment outcome 1 year later. *Fertility and sterility*, 83(6), 1745-1752. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2004.12.039>

Brandes, M., Van Der Steen, J. O. M., Bokdam, S. B., Hamilton, C. J. C. M., De Bruin, J. P., Nelen, W. L. D. M., & Kremer, J. A. M. (2009). When and why do subfertile couples discontinue their fertility care? A longitudinal cohort study in a secondary care

subfertility population. *Human reproduction*, 24(12), 3127-3135.  
<https://doi.org/10.1093/humrep/dep340>

Campos, A. P. D. (2006). A Lei nº 32/2006, de 26 de Julho: A regulação das técnicas de Procriação Medicamente Assistida em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24(2), 83-88. <http://hdl.handle.net/10362/95878>

Casabona, C. M. R., & Queiroz, J. F. (2005). *Biotechnologia e suas implicações ético-jurídicas*. Editora del Rey.

Chatel, M. M. (1995). Mal-estar na procriação: as mulheres e a medicina da reprodução. Rio de Janeiro: *Campo Matémico*.

Chen, T. H., Chang, S. P., Tsai, C. F., & Juang, K. D. (2004). Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Human reproduction*, 19(10), 2313-2318. <https://doi.org/10.1093/humrep/deh414>

Chiaffarino, F., Baldini, M. P., Scarduelli, C., Bommarito, F., Ambrosio, S., D'Orsi, C., & Ragni, G. (2011). Prevalence and incidence of depressive and anxious symptoms in couples undergoing assisted reproductive treatment in an Italian infertility department. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 158(2), 235-241. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2011.04.032>

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, 98(2), 310. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>

Concelho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (2020). Relatório referente à atividade desenvolvida pelo CNPMA no ano de 2017. [https://www.cnpma.org.pt/cnpma/Documents/PlanosERelatoriosAnuaisDeAtividade/RELATORIO\\_ATIVIDADES\\_2017.pdf](https://www.cnpma.org.pt/cnpma/Documents/PlanosERelatoriosAnuaisDeAtividade/RELATORIO_ATIVIDADES_2017.pdf)

Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (n.d.). Cidadãos: PMA em Portugal. <https://www.cnpma.org.pt/cidadaos>

Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (n.d.). Cidadãos: PMA em Cummings, S. R., Browner, W. S., & Hulley, S. B. (2013). Conceiving the research question and developing the study plan. *Designing clinical research*, 4, 14-22.

Daniluk, J. C., & Tench, E. (2007). Long-term adjustment of infertile couples following unsuccessful medical intervention. *Journal of Counseling & Development*, 85(1), 89-100. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2007.tb00448.x>

De Cesario, D. (2018). From the discovery of infertility to Medically Assisted Procreation (MAP): Psychological aspects and interventions in Medically Assisted Reproduction. *Interdisciplinary Journal of Family Studies*, 23(2). <https://ijfs.padovauniversitypress.it/2018/2/1>

De Wert, G., Dondorp, W., Shenfield, F., Barri, P., Devroey, P., Diedrich, K., ... & Pennings, G. (2014). ESHRE Task Force on Ethics and Law 23: medically assisted reproduction in singles, lesbian and gay couples, and transsexual people. *Human reproduction*, 29(9), 1859-1865. <https://doi.org/10.1093/humrep/deu183>

Díez, M., González, M., & Morgado, B. (2021). Single mothers by choice in Spain: Parenting and psychosocial adjustment in adopted and ART children. *Journal of Family Psychology*. <https://doi.org/10.1037/fam0000680>

Duffy, J. M., Bhattacharya, S., Curtis, C., Evers, J. L., Farquharson, R. G., Franik, S., & COMMIT: Core Outcomes Measures for Infertility Trials. (2018). A protocol developing, disseminating and implementing a core outcome set for infertility. *Human reproduction open*, 2018(3), hoy007. <https://doi.org/10.1093/hropen/hoy007>

Durham, E. R. (1999). *Familia y reproducción humana* (pp. 59-84). Eudeba.

Dusseldorp, E., van Elderen, T., Maes, S., Meulman, J., & Kraaij, V. (1999). A meta-analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients. *Health Psychology*, 18(5), 506. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.18.5.506>

Elhussein, O. G., Ahmed, M. A., Suliman, S. O., & Adam, I. (2019). Epidemiology of infertility and characteristics of infertile couples requesting assisted reproduction in a low-resource setting in Africa, Sudan. *Fertility research and practice*, 5(1), 1-5. <https://doi.org/10.1186/s40738-019-0060-1>

Espada, A. Á., & Moreno-Rosset, C. (2008). Psychological intervention in infertility: guidelines for a clinical intervention protocol. *Papeles del psicólogo*, 29(2), 186-196. <https://psycnet.apa.org/record/2009-22398-005>

Eugster, A., Vingerhoets, A. J.J.M., Van Heck, G.L., & Merkus, J.M.W.M. (2004). The effect of episodic anxiety on an in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection treatment outcome: a pilot study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25(1), 57-65. <https://doi.org/10.1080/01674820410001737441>

Fekete E.M, Antoni M.H., & Schneiderman N. (2007). Psychosocial and behavioral interventions for chronic medical conditions. *Current Opinion Psychiatry*, 20(2), 152-157. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3280147724>

Gameiro, S., Boivin, J., Dancet, E., de Klerk, C., Emery, M., Lewis-Jones, C., & Vermeulen, N. (2015). ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction—a guide for fertility staff. *Human Reproduction*, 30(11), 2476-2485. <https://doi.org/10.1093/humrep/dev177>

Gameiro, S., Silva, S., & Canavarro, M. C. (2008). A experiência masculina de infertilidade e de reprodução medicamente assistida. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(2), 253-270. <https://www.redalyc.org/pdf/362/36219057006.pdf>

Golombok, S. (2017). Parenting in new family forms. *Current opinion in Psychology*, 15, 76-80. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.02.004>

Golombok, S., & Tasker, F. (2015). Socioemotional development in changing families. *Handbook of child psychology and developmental science*, 1-45. <https://doi.org/10.1002/9781118963418.childpsy311>

Gurevitch, J., Koricheva, J., Nakagawa, S., & Stewart, G. (2018). Meta-analysis and the science of research synthesis. *Nature*, 555(7695), 175-182. <https://doi.org/10.1038/nature25753>

Higgins, J. P., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., & Welch, V. A. (Eds.). (2019). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. John Wiley & Sons.

Hochschild, F., Adamson, G., Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., Sullivan, E., & Poel, S. (2009). The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology. *Human Reproduction*, 24(11), 2683-2687. <https://doi.org/10.1093/humrep/dep343>

Jadva, V., Badger, S., Morrissette, M., & Golombok, S. (2009). 'Mom by choice, single by life's circumstance...' Findings from a large-scale survey of the experiences of single mothers by choice. *Human fertility*, 12(4), 175-184. <https://doi.org/10.3109/14647270903373867>

Kehl, M. R. (2017). *Deslocamentos do feminino: a mulher freudiana na passagem para a modernidade*. Boitempo Editorial.

Klonoff-Cohen H., Chu, E., Natarajan L., & Sieber, W. (2001). A prospective study of stress among women undergoing in vitro fertilization or gamete intrafallopian transfer. *Fertility sterility*, 76(4), 675-687. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(01\)02008-8](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(01)02008-8)

Koert, E., & Daniluk, J. C. (2017). When time runs out: reconciling permanent childlessness after delayed childbearing. *Journal of reproductive and infant psychology*, 35(4), 342-352. <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1320363>

Kroemeke, A., & Kubicka, E. (2018). Positive and negative adjustment in couples undergoing infertility treatment: The impact of support exchange. *PloS one*, 13(6), e0200124. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200124>

Lins, P. G. A., Patti, E. A. D. 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://doi.org/10.1590/0103-166x2014000300007>

Lopes, V., Canavarro, M. C., Verhaak, C. M., Boivin, J., & Gameiro, S. (2014). Are patients at risk for psychological maladjustment during fertility treatment less willing to comply with treatment? Results from the Portuguese validation of the SCREENIVF. *Human reproduction*, 29(2), 293-302. <https://doi.org/10.1093/humrep/det418>

Lykeridou, K., Gourounti, K., Deltsidou, A., Loutradis, D., & Vaslamatzis, G. (2009). The impact of infertility diagnosis on psychological status of women undergoing fertility treatment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(3), 223- 237. <https://doi.org/10.1080/02646830802350864>

Martí Gual, A. (2011). *Maternidad y Técnicas de Reproducción Asistida. Un análisis, desde la perspectiva de género, de los conflictos y experiencias de las mujeres usuarias*. Universitat Jaume I.

Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso a IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Psiquilibrios Edições.

Martins, M. V., Basto-Pereira, M., Pedro, J., Peterson, B., Almeida, V., Schmidt, L., & Costa, M. E. (2016). Male psychological adaptation to unsuccessful medically assisted reproduction treatments: a systematic review. *Human Reproduction Update*, 22(4), 466-478. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmw009>

McCartney, C. F. (1985). Decision by single women to conceive by artificial donor insemination. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 4(4), 321-328. <https://doi.org/10.3109/01674828509016734>

Medically Assisted Reproduction In Europe: A State Of Play. (2021, June 29). *Barron's*. <https://www.barrons.com/news/medically-assisted-reproduction-in-europe-a-state-of-play-01624959007>

Menezes, C. C., & Lopes, R. D. C. S. (2007). Relação conjugal na transição para a parentalidade: gestação até dezoito meses do bebê. *Psico-USF*, 12(1), 83-93. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712007000100010>

Molgora, S., Baldini, M. P., Tamanza, G., Somigliana, E., & Saita, E. (2020). Individual and relational well-being at the start of an ART treatment: a focus on partners' gender differences. *Frontiers in psychology, 11*. doi: [10.3389/fpsyg.2020.02027](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02027)

Moura-Ramos, M., Gameiro, S., Soares, I., Santos, T. A., & Canavarro, M. C. (2010). Psychosocial adjustment in infertility: A comparison study of infertile couples, couples undergoing assisted reproductive technologies and presumed fertile couples. *Psicologia, Saúde e Doenças, 11*(2), 299-319. <http://hdl.handle.net/10316/15734>

Olivius, C., Friden, B., Borg, G., & Bergh, C. (2004). Why do couples discontinue in vitro fertilization treatment? A cohort study. *Fertility and sterility, 81*(2), 258- 261. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2003.06.029>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Bmj, 372*. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Pinkerton, C. R. (1982). Artificial Insemination for the Single Woman. *The Lancet, 319*(8278), 968. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(82\)91969-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(82)91969-9).

Portugal. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde reprodutiva. Lisboa: DGS; 2008. p. 16. Portugal. <https://www.cnpma.org.pt/cidadaos>

Proença Xavier, J. (2018). Nuevos Desafíos Jurídicos a la Bioética Reproductiva: la Ley Portuguesa y Española de Reproducción Medicamente Asistida de 2006. *Nuevos Desafíos Jurídicos a la Bioética Reproductiva: la Ley Portuguesa y Española de Reproducción Medicamente Asistida de 2006*, 203-219.

Purewal, S., Chapman, S. C., & van den Akker, O. B. (2018). Depression and state anxiety scores during assisted reproductive treatment are associated with outcome: a meta-analysis. *Reproductive biomedicine online, 36*(6), 646-657. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2018.03.010>

Ramírez-Gálvez, M. C. (2003). Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: fabricando a vida, fabricando o futuro (Publication No. 279933) [Doctoral dissertation, University of Campinas]. UcampRepository. <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/279933>

Read, S. C., Carrier, M. E., Boucher, M. E., Whitley, R., Bond, S., & Zelkowitz, P. (2014). Psychosocial services for couples in infertility treatment: What do couples really want?. *Patient Education and Counseling*, 94(3), 390-395. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.10.025>

Reis, S., Xavier, M. R., Coelho, R., & Montenegro, N. (2013). Psychological impact of single and multiple courses of assisted reproductive treatments in couples: a comparative study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 171(1), 61-66. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.07.034>

Rethlefsen, M. L., Kirtley, S., Waffenschmidt, S., Ayala, A. P., Moher, D., Page, M. J., & Koffel, J. B. (2021). PRISMA-S: an extension to the PRISMA statement for reporting literature searches in systematic reviews. *Systematic reviews*, 10(1), 1-19. <https://doi.org/10.1186/s13643-020-01542-z>

Ribeiro, M. F. D. R. (2016). Reflexões sobre conjugabilidade e parentalidade: Um caleidoscópio de constituições familiares. *Jornal de Psicanálise*, 49(91), 97-109.

Rooney, K. L., & Domar, A. D. (2018). The relationship between stress and infertility. *Dialogues in clinical neuroscience*, 20(1), 41. [10.31887/DCNS.2018.20.1/klrooney](https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.1/klrooney)

Roudinesco, E. (2003). *A Família em Desordem*. Zahar.

Salomon, M., Sylvest, R., Hansson, H., Nyboe Andersen, A., & Schmidt, L. (2015). Sociodemographic characteristics and attitudes towards motherhood among single women compared with cohabiting women treated with donor semen—a Danish multicenter study. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 94(5), 473-481. <https://doi.org/10.1111/aogs.12619>

Sarathern, M., Santarrita, M., & Heilborn M. L. (1995). Necessidade de pais, necessidade de mães. *Estudos feministas*, 303-329. <https://doi.org/10.1590/%25x>

Schneiderman, N., Antoni, M.H., Saab, P.G., & Ironson, G. (2001). Health psychology: psychosocial and biobehavioral aspects of chronic disease management. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 555–580. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.555>

Silva-Carvalho, J. L., & Santos A. (2009). Estudo Afrodite: Caracterização da infertilidade em Portugal (Vol. 1. Estudo na Comunidade). *Porto: Universidade do Porto*.

Silva, S., & Machado, H. (2010). A governação dos pacientes adequados no acesso à procriação medicamente assistida em Portugal. *Sociologia, Problemas e Práticas*, (62), 81-96. <http://hdl.handle.net/1822/54615>

Simionescu, G., Doroftei, B., Maftei, R., Obreja, B. E., Anton, E., Grab, D., ... & Anton, C. (2021). The complex relationship between infertility and psychological distress. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 21(4), 1-1. <https://doi.org/10.3892/etm.2021.9737>

Smeenk, J., Verhaak, C., Eugster, A., & Van Minnen, A.Z.G., Zielhuis, G.A., & Braat D. (2001). The effect of anxiety and depression on the outcome of in-vitro fertilization. *Human Reproduction*, 16(7), 1420-1423. <https://doi.org/10.1093/humrep/16.7.1420>

Smith, J. F., Eisenberg, M. L., Millstein, S. G., Nachtigall, R. D., Shindel, A. W., Wing, H., & Infertility Outcomes Program Project Group. (2010). The use of complementary and alternative fertility treatment in couples seeking fertility care: data from a prospective cohort in the United States. *Fertility and sterility*, 93(7), 2169-2174. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2010.02.054>

Smorti, M., & Smorti, A. (2013). Medical successes and couples' psychological problems in assisted reproduction treatment: A narrative based medicine approach. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 26(2), 169-172. <https://doi.org/10.3109/14767058.2012.722728>

Soares, J. D. S., & Carvalho, A. M. (2003). Woman and mother, “new roles”, old demands: the experience of a brief psychotherapy group. *Psicologia em estudo*, 8(SPE), 39-44. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722003000300006>

Sun, H., Gong, T. T., Jiang, Y. T., Zhang, S., Zhao, Y. H., & Wu, Q. J. (2019). Global, regional, and national prevalence and disability-adjusted life-years for infertility in 195 countries and territories, 1990–2017: results from a global burden of disease study, 2017. *Aging (Albany NY)*, *11*(23), 10952. doi: [10.18632/aging.102497](https://doi.org/10.18632/aging.102497)

Szkodziak, F., Krzyżanowski, J., & Szkodziak, P. (2020). Psychological aspects of infertility. A systematic review. *Journal of International Medical Research*, *48*(6), 0300060520932403. <https://doi.org/10.1177/0300060520932403>

Teasdale, S. B., Ward, P. B., Rosenbaum, S., Samaras, K., & Stubbs, B. (2017). Solving a weighty problem: systematic review and meta-analysis of nutrition interventions in severe mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, *210*(2), 110-118. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.177139>

Volgsten, H., & Schmidt, L. (2019). Motherhood through medically assisted reproduction—characteristics and motivations of Swedish single mothers by choice. *Human Fertility*, *30*, 1-7. <https://doi.org/10.1080/14647273.2019.1606457>

Waldfogel, J., Craigie, T. A., & Brooks-Gunn, J. (2010). Fragile families and child wellbeing. *The Future of children/Center for the Future of Children, the David and Lucile Packard Foundation*, *20*(2), 87.

Walen, H. R., & Lachman, M. E. (2000). Social support and strain from partner, family, and friends: Costs and benefits for men and women in adulthood. *Journal of social and personal relationships*, *17*(1), 5-30. <https://doi.org/10.1177/0265407500171001>

Weissenberg, R., & Landau, R. (2012). Are two a family? Older single mothers assisted by sperm donation and their children revisited. *American Journal of Orthopsychiatry*, *82*(4), 523-528. <https://doi.org/10.1093/humrep/dem250>

Weissenberg, R., Landau, R., & Madgar, I. (2007). Older single mothers assisted by sperm donation and their children. *Human reproduction*, *22*(10), 2784-2791. <https://doi.org/10.1093/humrep/dem250>

Werner, A., Funderskov, K. F., Nielsen, M. K., Mørkholm, H., Danbjørg, D. B., & Rothmann, M. J. (2021). The journey to solo motherhood—An explorative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 27, 100586. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100586>

Young, C., & Horton, R. (2005). Putting clinical trials into context. *The Lancet*, 366(9480), 107-108. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)66846-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66846-8)

Zambrano, E. (2006). Parentalidades" impensáveis": pais/mães homossexuais, travestis e transexuais. *Horizontes antropológicos*, 12(26), 123-147. <https://doi.org/10.1590/S0104-71832006000200006>

Zurlo, M. C., Della Volta, M. F. C., & Vallone, F. (2018). Predictors of quality of life and psychological health in infertile couples: the moderating role of duration of infertility. *Quality of Life Research*, 27(4), 945-954. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1781-4>.

## **Anexos**

**PROTOCOL  
WHO ARE THE WOMEN THAT RESORT TO MEDICALLY ASSISTED  
REPRODUCTION FOR AN INDEPENDENT PREGNANCY? – A SYSTEMATIC  
REVIEW**

**JULY 2021**

Article title

- Who are the women that resort to Medically Assisted Reproduction for an independent pregnancy – A Systematic Review.

Journals

Human Reproduction Update	IF 12.684 Q1
Fertility and Sterility	IF 6.312 Q1
Ultrasound in Obstetrics and Gynecology	IF 5.571 Q1
Human Reproduction	IF 5.733 Q1
Journal of Sexual Medicine	IF 3.293 Q1

Aim

This paper aims to provide a systematic review of the literature on sociodemographic characteristics and the psychological/emotional well-being in single women, lesbian cohabiting women and lesbian couples who resort to Medically Assisted Reproduction treatments.

Methods:

Research question, according to PESO (Population, Exposition, Study Design and Outcome) acronym

<b>P</b>	All single women, lesbian cohabiting women and lesbian couples who resort
----------	---

	to Medically Assisted Reproduction for an independent pregnancy.
<b>E</b>	To characterize these women sociodemographically and the psychological/emotional well-being
<b>S</b>	Quantitative or Qualitative study design
<b>O</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sociodemographic characteristics of all single women, lesbian cohabiting women and lesbian couples who resort to MAR treatments with a view to independent motherhood.</li> <li>2. Psychological/ emotional well-being characteristics of all single women, lesbian cohabiting women and lesbian couples who resort to MAR treatments with a view to independent motherhood.</li> </ol>

#### Eligibility criteria

- Inclusion criteria:
  1. Original peer-reviewed empirical articles that studied or included the sociodemographic characteristics and psychological/emotional well-being characteristics of all single women, lesbian cohabiting women and lesbian couples who resort to Medically Assisted Reproduction treatments.
  2. Studies published until June 2021.
  3. Studies that involve all single women, lesbian cohabiting women and lesbian couples searching/undergoing and/or went through MAR process.
- Exclusion criteria:
  - a) Non-original research (replicated data).
  - b) Proceedings, research protocols, reviews (e.g., literature reviews, systematic reviews) and meta-analysis.
  - c) Heterosexual cohabiting or married women
  - d) Non-human studies.

#### Qualitative assessment

Criteria for quality assessment:

Peer-reviewed studies available in an electronic database

Studies that clearly identify

- 1) Sociodemographic characteristics of all single women, lesbian cohabiting women and lesbian couples who resort to MAR treatments with a view to independent motherhood.
- 2) Psychological/ Emotional well-being all single women, lesbian cohabiting women and lesbian couples who resort to MAR treatments with a view to independent motherhood.
- 3) Studies design.

### **Search strategy**

Databases: Psychology and Behavioural Science Collection, APA PsyArticles, CINAHL Plus With Full Text, MEDLINE, Academic Search Complete, Elsevier's Scopus and Web of Science. Date until June 2021.

The search was limited to English articles.

### **Search Expression**

The following keywords and MeSH terms will be used:

("Single wom?n" OR "Cohabiting wom?n" OR "Lesbian wom?n" OR "lesbian couple\*") AND ("medically assisted reproduction" OR "medically assisted procreation") AND (characteristic\* OR demographi\* OR sociodemographi\* OR psychologi\* OR psychossocia\* OR well\$being OR emotion\*)

. Data extraction

Extraction sheet template

Article Title	References	Authors	Year	Country	Specific Samples	N.	Study Type	Instruments	Sociodemographic Data	Psychological/Well-being Data	Principal Conclusions
---------------	------------	---------	------	---------	------------------	----	------------	-------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------

## Anexo II – PRISMA *chek-list*

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
<b>TITLE</b>			
Title	1	Identify the report as a systematic review.	Pag. 1
<b>ABSTRACT</b>			
Abstract	2	See the PRISMA 2020 for Abstracts checklist.	Pag. 1
<b>INTRODUCTION</b>			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of existing knowledge.	Pag. 3
Objectives	4	Provide an explicit statement of the objective(s) or question(s) the review addresses.	Pag. 3
<b>METHODS</b>			
Eligibility criteria	5	Specify the inclusion and exclusion criteria for the review and how studies were grouped for the syntheses.	Pag. 16
Information sources	6	Specify all databases, registers, websites, organisations, reference lists and other sources searched or consulted to identify studies. Specify the date when each source was last searched or consulted.	Pag. 16-17
Search strategy	7	Present the full search strategies for all databases, registers and websites, including any filters and limits used.	Pag. 17-18
Selection process	8	Specify the methods used to decide whether a study met the inclusion criteria of the review, including how many reviewers screened each record and each report retrieved, whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	Pag. 18
Data collection process	9	Specify the methods used to collect data from reports, including how many reviewers collected data from each report, whether they worked independently, any processes for obtaining or confirming data from study investigators, and if applicable, details of automation tools used in the process.	Pag. 17-18
Data items	10a	List and define all outcomes for which data were sought. Specify whether all results that were compatible with each outcome domain in each study were sought (e.g. for all measures, time points, analyses), and if not, the methods used to decide which results to collect.	-
	10b	List and define all other variables for which data were sought (e.g. participant and intervention characteristics, funding sources). Describe any assumptions made about any missing or unclear information.	-
Study risk of bias assessment	11	Specify the methods used to assess risk of bias in the included studies, including details of the tool(s) used, how many reviewers assessed each study and whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	Pag. 13
Effect measures	12	Specify for each outcome the effect measure(s) (e.g. risk ratio, mean difference) used in the synthesis or presentation of results.	-
Synthesis methods	13a	Describe the processes used to decide which studies were eligible for each synthesis (e.g. tabulating the study intervention characteristics and comparing against the planned groups for each synthesis (item #5)).	-

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
	13b	Describe any methods required to prepare the data for presentation or synthesis, such as handling of missing summary statistics, or data conversions.	-
	13c	Describe any methods used to tabulate or visually display results of individual studies and syntheses.	-
	13d	Describe any methods used to synthesize results and provide a rationale for the choice(s). If meta-analysis was performed, describe the model(s), method(s) to identify the presence and extent of statistical heterogeneity, and software package(s) used.	Pag. 18
	13e	Describe any methods used to explore possible causes of heterogeneity among study results (e.g. subgroup analysis, meta-regression).	-
	13f	Describe any sensitivity analyses conducted to assess robustness of the synthesized results.	-
Reporting bias assessment	14	Describe any methods used to assess risk of bias due to missing results in a synthesis (arising from reporting biases).	-
Certainty assessment	15	Describe any methods used to assess certainty (or confidence) in the body of evidence for an outcome.	Pag. 19
<b>RESULTS</b>			
Study selection	16a	Describe the results of the search and selection process, from the number of records identified in the search to the number of studies included in the review, ideally using a flow diagram.	Pag. 18
	16b	Cite studies that might appear to meet the inclusion criteria, but which were excluded, and explain why they were excluded.	Pag. 18
Study characteristics	17	Cite each included study and present its characteristics.	Pag. 19
Risk of bias in studies	18	Present assessments of risk of bias for each included study.	-
Results of individual studies	19	For all outcomes, present, for each study: (a) summary statistics for each group (where appropriate) and (b) an effect estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval), ideally using structured tables or plots.	-
Results of syntheses	20a	For each synthesis, briefly summarise the characteristics and risk of bias among contributing studies.	-
	20b	Present results of all statistical syntheses conducted. If meta-analysis was done, present for each the summary estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval) and measures of statistical heterogeneity. If comparing groups, describe the direction of the effect.	-
	20c	Present results of all investigations of possible causes of heterogeneity among study results.	-
	20d	Present results of all sensitivity analyses conducted to assess the robustness of the synthesized results.	-
Reporting biases	21	Present assessments of risk of bias due to missing results (arising from reporting biases) for each synthesis assessed.	-
Certainty of evidence	22	Present assessments of certainty (or confidence) in the body of evidence for each outcome assessed.	Pag. 18
<b>DISCUSSION</b>			
Discussion	23a	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence.	Pag. 20-22

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
	23b	Discuss any limitations of the evidence included in the review.	Pag. 29
	23c	Discuss any limitations of the review processes used.	-
	23d	Discuss implications of the results for practice, policy, and future research.	Pag. 27-29
<b>OTHER INFORMATION</b>			
Registration and protocol	24a	Provide registration information for the review, including register name and registration number, or state that the review was not registered.	Pag. 43-46
	24b	Indicate where the review protocol can be accessed, or state that a protocol was not prepared.	Pag. 13
	24c	Describe and explain any amendments to information provided at registration or in the protocol.	Pag. 13
Support	25	Describe sources of financial or non-financial support for the review, and the role of the funders or sponsors in the review.	-
Competing interests	26	Declare any competing interests of review authors.	-
Availability of data, code and other materials	27	Report which of the following are publicly available and where they can be found: template data collection forms; data extracted from included studies; data used for all analyses; analytic code; any other materials used in the review.	Pag. 18