

# A LEI DA PROcriação MEDICAMENTE ASSISTIDA: PASSADO, PRESENTE E FUTURO

Diana Coutinho<sup>1</sup>

<https://doi.org/10.21814/uminho.ed.148.11>

**Resumo:** O nosso artigo versa sobre a aplicação e funcionamento da Lei da Procriação Medicamente Assistida (Lei nº 32/2006, de 26 de julho, incluindo as sucessivas alterações) nos seus quase vinte anos de vigência. De forma sucinta, pretendemos identificar os principais traços do regime jurídico criado por esta lei, as dificuldades de aplicação e as problemáticas associadas. Faremos, assim, uma abordagem ao passado, presente e futuro da Lei da Procriação Medicamente Assistida.

**Palavras-chave:** reprodução humana; técnicas de PMA; infertilidade; legislação.

---

<sup>1</sup> Professora Convidada da EDUM. Investigadora Colaboradora do JusGov.

## 1. Enquadramento geral

Quando falamos em procriação medicamente assistida (PMA) referimo-nos à criação de vida humana com recurso a um conjunto de técnicas que visam facilitar ou auxiliar algumas das fases iniciais do processo fisiológico de reprodução humana. O aparecimento das técnicas de PMA foi a resposta dada pela ciência para auxiliar quem não consegue ter filhos de forma natural, uma vez que a principal causa de recurso à PMA é a infertilidade. No entanto, nas últimas décadas a ciência demonstrou as inúmeras potencialidades do recurso à PMA, bem como alguns dos perigos associados ao novo mundo da reprodução humana.

De facto, a evolução da ciência e da tecnologia tem levado a medicina da reprodução a aproximar-se da essência da criação humana, pois cada vez mais é possível concretizar o “natural” desejo de reprodução. Assistimos à separação da fecundação (conceção) da sexualidade, à criação de vida humana em laboratório, à utilização de material doado, à realização de diagnóstico de alterações genéticas e cromossómicas nos embriões, à possibilidade de utilização de material genético de três pessoas (doação mitocondrial), entre outras.

A necessidade de acompanhar o progresso científico e as preocupações éticas e legais motivaram a criação de legislação nesta matéria. Embora a ciência seja suscetível de constante modificação, a prática despida de qualquer suporte legal tornou-se impensável para um elevado número de ordenamentos jurídicos. É neste contexto que surgiu a regulamentação da PMA em Portugal através da lei n.º 32/2006, de 26 de julho.

## 2. A Lei da Procriação Medicamente Assistida

### 2.1. A aprovação da lei n.º 32/2006, de 26 de julho

A Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, mais conhecida como Lei da Procriação Medicamente Assistida (LPMA ou Lei da PMA), veio estabelecer o regime jurídico português da procriação medicamente assistida<sup>2</sup>. Nos seus 48

---

<sup>2</sup> Sobre as tentativas em torno da regulamentação legal da PMA veja-se, por exemplo, DUARTE, TIAGO, *In Vitro Veritas? A Procriação Medicamente Assistida na Constituição e na Lei*, 1.ª edição, Coimbra, Almedina, Fevereiro de

artigos instituiu as técnicas admitidas, os beneficiários, as condições de acesso, as finalidades e práticas proibidas, os direitos e os deveres dos beneficiários, a investigação com recurso a embriões, o regime de utilização das técnicas e respetivos efeitos, a responsabilidade criminal e contraordenacional e criou o Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA).

Note-se, porém, que a procriação medicamente assistida encontra também fundamento em outros diplomas, entre os quais, destacamos a Constituição da República Portuguesa (CRP). Em especial, assume particular relevo em matéria de PMA o princípio da dignidade da pessoa humana (art. 1º da CRP), o direito à vida (art. 24º CRP), o direito ao livre desenvolvimento da personalidade, o direito à identidade pessoal e ao reconhecimento das origens genéticas e da parentalidade (art. 26º da CRP), o direito a constituir família (art. 36º da CRP) e o direito à saúde reprodutiva (art. 67º, nº2, alínea e).

## **2.2. As principais alterações ao regime criado pela lei n.º 32/2006**

Em quase dezoito anos da sua vigência, a LPMA foi objeto de oito alterações<sup>3</sup>. A primeira alteração, com pouco impacto, ocorreu em 2007 com o aditamento do artigo 43º-A (quanto à responsabilidade penal das pessoas coletivas e equiparadas.), pela Lei nº 59/2007, de 04/09.

Alguns anos depois, em 2016, ocorre a 2.ª alteração mediante as alterações introduzidas pela Lei nº 17/2016, de 20/06<sup>4</sup>. Esta lei veio alargar o âmbito dos beneficiários das técnicas de PMA, nomeadamente permitindo o acesso a casais de mulheres e mulheres solteiras independentemente de diagnóstico de infertilidade, do seu estado civil ou da sua orientação sexual. Tratou-se de uma alteração com impacto – social e jurídico-, que não reuniu consenso na doutrina e na opinião pública, e cuja discussão sobre o acesso das técnicas de PMA a casais de mulheres se intensificou após a aprovação do casamento entre pessoas do mesmo sexo (aprovado pela lei nº 9/2010, de

---

2003, pp. 75 a 115; VALE E REIS, RAFAEL LUÍS, *O Direito ao Conhecimento das Origens Genéticas*, 1.ª edição, Centro de Direito Biomédico, 12, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Coimbra Editora, 2008, pp. 344 a 423;

<sup>3</sup> Verificadas à data da submissão do presente artigo (31 de julho de 2023).

<sup>4</sup> Esta lei foi regulamentada pelo Decreto Regulamentar nº 6/2016.

31 de Maio). A alteração legislativa à LPMA fundamentou-se no tratamento igualitário de todas as mulheres no acesso às técnicas de PMA e sem discriminação face à sua orientação sexual ou estado civil. No fundo, o principal argumento reconduziu-se ao facto de a mulher ter o papel principal no processo de PMA, uma vez que a intervenção a tem como principal destinatária (é a mulher que se sujeita à técnica de PMA), razão pela qual deve-lhe ser permitido recorrer à PMA quando não tem parceiro do sexo masculino.

Ora, o acesso destas mulheres à PMA heteróloga, ou seja, recurso a material genético de um dador anónimo, veio permitir estabelecimento da maternidade em favor de duas mulheres (a mulher que dá à luz e a mulher que prestou o consentimento para o acesso às técnicas de PMA) e o estabelecimento da filiação de filho de pai incógnito, estando excluído o processo de averiguação oficiosa da paternidade (crf. art. 20º da LPMA). Por conseguinte, tal possibilidade reabriu uma discussão antiga sobre os filhos de pais incógnitos, agora com o reforço de intencional e legalmente se permitir essa realidade<sup>5</sup>, bem como reabriu o debate sobre os benefícios *versus* malefícios das famílias monoparentais para o bem-estar e desenvolvimento da criança nascida destas técnicas de PMA. Além disso, conforme veremos *infra*, este alargamento colocou em causa o carácter absoluto do princípio da subsidiariedade das técnicas de PMA. Atualmente, o cariz subsidiário é limitado ao acesso por casais heterossexuais, por motivos de infertilidade ou para evitar a transmissão de doenças genéticas, graves ou infecciosas, não se aplicando ao caso de casais de mulheres e mulheres solteiras.

No ano de 2016 foi ainda aprovada a terceira alteração à LPMA, na sequência da aprovação da Lei nº 25/2016, de 22 de agosto, que veio regular o acesso à gestação de substituição<sup>6</sup> e introduziu alterações a vários artigos da LPMA. Esta lei veio regular o acesso à gestação de substituição a título gratuito e excecional, “nos casos de ausência de útero, de lesão ou de doença deste órgão que impeça de forma absoluta e definitiva a gravidez da mulher

---

<sup>5</sup> Para um desenvolvimento mais profundo sobre esta discussão, v. PEREIRA, ANDRÉ GONÇALO DIAS, «Filhos de pai anónimo no século XXI», in *Debatendo a Procriação Medicamente Assistida*, [Em linha], Luísa Neto e Rute Teixeira Pedro (coordenação), Porto e Faculdade de Direito da Universidade do Porto, CIJE- Centro de Investigação Jurídico Económica, 16 e 17 de março de 2017, ISBN: 978-989-746-154-5, pp. 41-54. [Consult. 30.01.2019]. Disponível em WWW: <URL:https://cije.up.pt/client/files/0000000001/ebook-pma-2018\_550.pdf>.

<sup>6</sup> Para um estudo desenvolvido sobre esta temática ver COUTINHO, DIANA, *As problemáticas e os Desafios Contemporâneos em torno da Gestação de Substituição*, Coimbra, Almedina, fevereiro de 2022.

ou em situações clínicas que justifiquem” (cfr. redação do art. 8º, nº 2, à luz da lei nº 25/2016). A lei exigia a utilização de material genético de pelo menos um dos beneficiários, proibindo a utilização de ovócitos da gestante no procedimento em que participasse e proibía a existência de uma subordinação económica (laboral ou de prestação de serviços) ou jurídica entre as partes do contrato. Porém, o regime jurídico criado por esta lei não singrou face à declaração de inconstitucionalidade de vários dos seus preceitos pelo Tribunal Constitucional (TC) no acórdão nº 225/2018.

Após a declaração de inconstitucionalidade foi aprovado o Decreto nº 383/XIII da Assembleia da República (AR), que procedería à sétima alteração à Lei nº 32/2006, de 26 de julho, em concreto introduzindo alterações ao regime jurídico da gestação de substituição. Contudo, este Decreto foi vetado pelo Presidente da República, que enviou para o TC um pedido de fiscalização preventiva da constitucionalidade de duas normas constantes do artigo 2º do referido Decreto. Na sequência de tal pedido, o Tribunal Constitucional pronunciou-se no Acórdão nº 465/2019, o qual manteve a posição manifestada no ano anterior. As alterações só viriam a ocorrer no final do ano de 2021, conforme veremos *infra*.

A quarta alteração à LPMA, sem impacto significativo, ocorreu em 2017 com promulgação da Lei nº 58/2017, de 25 de julho, que veio aditar o art. 16º-A sobre o destino dos espermatozoides, ovócitos, tecido testicular e tecido ovárico.

Um ano depois dá-se a quinta alteração legislativa à LPMA na sequência da criação do regime jurídico do maior acompanhado (Lei nº 49/2018, de 14 de agosto), alterando-se a redação do art. 6º da LPMA quanto aos beneficiários da PMA.

A Lei nº 48/2019, de 8 de julho, veio proceder à sexta alteração alterando o regime de confidencialidade das técnicas de PMA (art. 15º da LPMA), na sequência da declaração de inconstitucionalidade do regime do anonimato do dador (v. acórdão do Tribunal Constitucional nº 225/2018). A nova redação concede às pessoas nascidas das técnicas de PMA heterólogas<sup>7</sup> o direito de obter a informação sobre a identidade civil do dador<sup>8</sup>, além de se

<sup>7</sup> Com 18 anos ou mais.

<sup>8</sup> Entende-se por “identificação civil” o nome completo do dador ou dadora” (nº 4 do art. 15º).

manter a permissão de acesso à informação genética (nº 2 do art. 15º na nova redação). Esta informação é fornecida pelo Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida e mantém-se o direito/dever de sigilo estendido à gestão de substituição (nova redação do nº 1, do art. 15º da lei da PMA)<sup>9</sup>. Este diploma estabeleceu uma norma transitória (art. 3º) que prevê a manutenção do anonimato do dador, salvo se os dadores autorizarem de forma expressa o fim do anonimato. Trata-se de uma norma que visou garantir a segurança jurídica das doações realizadas antes do Acórdão do Tribunal Constitucional. Assim, estão abrangidos por esta norma “os embriões resultantes de doações anteriores ao dia 7 de maio de 2018 e utilizados até cinco anos após a entrada em vigor da presente lei” (art. 3º, nº 1, alínea a) da lei nº 48/2019); “os gâmetas resultantes de doações anteriores ao dia 7 de maio de 2018 e utilizados até três anos após a entrada em vigor da presente lei” (art. 3º, nº 1, alínea b) da lei nº 48/2019) e “as dádivas que tiverem sido utilizadas até ao dia 7 de maio de 2018” (art. 3º, nº1, alínea c) da lei nº 48/2019). Este regime de confidencialidade transitório não prejudica o acesso à informação genética, à informação civil para fins de impedimento matrimonial ou por razões ponderosas determinada por sentença (nº 2 do art. 3º da lei nº 48/2019).

Em 2021 assistimos a uma das alterações mais polémica (a sétima alteração), introduzida pela lei nº 72/2021, de 12 de Novembro, que veio permitir o acesso à PMA *post mortem* aos casos de inseminação artificial (art. 22º, nº 1, alínea b) da atual redação da LPMA). O acesso à procriação *post mortem* passou a ser admitido para os “casos em que o sêmen seja recolhido, com base em fundado receio de futura esterilidade, para fins de inseminação da mulher com quem o homem esteja casado ou viva em união de facto e o dador vier a falecer durante o período estabelecido para a conservação do sêmen” (nº 2 do art. 22º da atual redação da LPMA). Este acesso exige um projeto parental claramente estabelecido e consentido, e decorrido o prazo considerado ajustado à adequada ponderação da decisão. Ademais, o recurso à PMA *post mortem* só poderá ocorrer para concretizar uma única gravidez da qual resulte nascimento completo e com vida, isto é, não se pode recorrer

---

<sup>9</sup> Note-se que o fim do anonimato só se aplica em relação à criança (futuro adulto) nascido de uma técnica de PMA ou da gestação de substituição. Quer isto dizer que a revelação sobre quem foi o dador só pode ser feita àquele sujeito e não aos beneficiários da técnica ou a qualquer outra pessoa. O procedimento continua sujeito a sigilo médico, conforme referido *supra*.

mais do que uma vez a este procedimento, quando já tiver ocorrido o nascimento bem-sucedido (v. nº 6 do art. 22º da atual redação da LPMA). A lei exige a prestação do consentimento, o qual deve obedecer aos requisitos do art. 22º-A. O art. 23º estabelece as regras especiais quanto ao estabelecimento da paternidade por força desta prática (lícita ou ilícita)<sup>10</sup>.

Por último, assistimos à oitava e última alteração à LPMA, introduzida pela Lei nº 90/2021, de 16 de dezembro, que veio reformular o regime jurídico da gestação de substituição. Quanto às causas de recurso a Lei alterou tenuemente a redação do nº 2 do art. 8º, por forma a evitar qualquer dúvida sobre quais as condições de acesso. Assim, o modelo português continua a ter cariz subsidiário e cingindo as causas de acesso a problemas de saúde ou físicos provenientes da mulher-beneficiária, afastando-se uma interpretação de “outra situação clínica” que pudesse abranger o acesso por casais de homens ou homens solteiros. De forma expressa, aditando dois artigos à LPMA, o legislador veio estabelecer os direitos da gestante de substituição no artigo 13º-A e os seus deveres no artigo 13º- B. Quanto ao consentimento, o legislador veio reformular o art. 14º da LPMA. No caso da gestante, acolhendo da posição do TC, a livre revogabilidade do consentimento prestado estende-se ao registo da criança nascida na sequência deste contrato. O estabelecimento da filiação será a favor dos beneficiários do contrato, sem prejuízo do caso de arrependimento da gestante. Ou seja, se o contrato estiver em conformidade com a lei e a gestante não se arrependendo, os beneficiários serão tidos como pais da criança que venha a nascer. Note-se, porém, que não obstante a alteração já ter ocorrido há dois anos, a alteração legislativa em matéria de gestação de substituição não tem ainda qualquer aplicabilidade prática, pois continua por regulamentar.

### **2.3. As técnicas de PMA**

No que respeita às técnicas de PMA importa começar por fazer duas distinções. A primeira diz respeito à distinção entre procriação sexuada e procriação assexuada. A procriação sexuada tem como pressuposto o recurso

---

<sup>10</sup> A mulher que motivou a alteração ao regime da PMA post mortem, Ângela Ferreira, brevemente será mãe de uma criança concebida ao abrigo do regime criado por esta lei.

a dois componentes genéticos, ou seja, material genético proveniente do sexo masculino (esperma) e material genético do sexo feminino (óvulos). Enquanto a procriação assexuada tem como característica o recurso apenas a uma componente de material genético (feminina ou masculina), o que se consubstancia numa prática proibida, pois, dá origem aos casos de clonagem reprodutiva<sup>11</sup>.

A segunda distinção diz respeito aos processos de procriação homóloga *versus* heteróloga. No primeiro caso o material genético utilizado é dos beneficiários, no segundo caso a procriação implicará recurso a uma componente de material genético pertencente de um terceiro (o dador). Em Portugal, o recurso à procriação heteróloga apenas poderá suceder nas situações em que não seja possível a utilização, comprovada cientificamente, do material genético dos beneficiários (crf. art. 10º e art. 19º, nº1 da LPMA), por exemplo, por motivos de doença genética grave, inexistência ou viabilidade dos gametas, ou pela necessidade de gametas masculinos no caso de casais de mulheres ou mulheres solteiras. De salientar que o dador não é havido como progenitor da criança que venha a nascer do recurso às técnicas de PMA heterólogas, não tendo este/esta quaisquer poderes nem deveres (art. 10º, nº 2 e 21º da lei da PMA).

Em concreto, quanto às técnicas admitidas na ordem jurídica portuguesa, o art. 2º nº1 da Lei da PMA elenca as técnicas de PMA<sup>12</sup> embora não se trate de um elenco taxativo. As técnicas são as seguintes: a inseminação artificial (alínea a), a fertilização *in vitro* (alínea b), a injeção intracitoplasmática de espermatozoides (alínea c), a transferência de embriões, gametas ou zigotos (alínea d); o diagnóstico genético de pré-implantação (alínea e) e outras técnicas laboratoriais de manipulação gamética ou embrionário equivalente ou subsidiárias (alínea f).

A inseminação artificial (IA) auxilia na fase de transferência do gameta masculino para o aparelho reprodutor feminino. Em concreto, “consiste

---

<sup>11</sup> Neste sentido PINHEIRO, JORGE DUARTE, *Procriação Medicamente Assistida*, [Em linha], [S.I.], [s.n.], [s.d.] p. 2 [Consult. 20.12.2016]. Disponível em WWW: URL:<http://docplayer.com.br/11397637-Procriacao-medicamente-assistida.html>>.

<sup>12</sup> Por razões de limitação de conteúdo não nos é possível entrar em explicações desenvolvidas sobre o conceito e funcionamento das técnicas de PMA. Para um estudo mais desenvolvido, v. SILVA, PAULA MARTINHO DE/COSTA, MARTA, *A Lei da Procriação Medicamente Assistida Anotada (E Legislação Complementar)*, 1.ª edição, Coimbra, Coimbra Editora, 2011, ISBN: 978-972-32-1905-0, pp. 13 a 16 e pp.107 a 142; ARAÚJO, FERNANDO, *A Procriação Assistida e o Problema da Santidade da Vida*, 1.ª edição, Coimbra, Almedina, 1999, pp. 23 a 62 e VALE E REIS, RAFAEL, *O direito ao conhecimento das origens genéticas*, *op. cit.*, pp. 326 a 341.

na introdução artificial, através de cateter apropriado, de esperma no organismo feminino, no endocolo, no interior do útero ou na própria cavidade peritoneal<sup>13</sup>. Assim, esta técnica ajuda ou facilita a fase pré-concepcional (ajuda na gametogénese e facilita a união dos gâmetas) mas a fecundação ocorre *in vivo*, no interior do organismo feminino, sem interferência humana. Esta técnica é recomendada para problemas de infertilidade mais simples ou considerados menos graves, para casos de doação de esperma (quando não são apresentadas outras patologias) ou em caso de recurso às técnicas por casais de mulheres e mulheres solteiras. A IA tem uma taxa de sucesso por tentativa (entenda-se taxa de gravidez) de 10 a 20%, sendo que taxa aproxima-se dos 20% nos casos da utilização de esperma doado<sup>14</sup>. Na ordem jurídica portuguesa é permitida a IA com gâmetas dos beneficiários (homóloga) ou de um dador (heteróloga). Os artigos 19º a 23º da LPMA referem-se especificamente à inseminação artificial.

A fertilização *in vitro* (FIV) foi a primeira técnica de PMA *in vitro*<sup>15</sup>. NA FIV, tal como na IA, também há a recolha e tratamento de espermatozoides, mas o processo de fecundação do óvulo ocorre num tubo de ensaio<sup>16</sup>. A FIV ajuda na fase da gametogénese, substitui a fase da transferência através do ato sexual do esperma para o corpo feminino, substituiu o encontro e fusão de gâmetas no interior do aparelho reprodutor feminino, a divisão celular do ovo fertilizado e o caminho até à implantação no útero. Isto significa que desde a recolha dos gâmetas até à transferência do embrião todo o processo fisiológico de reprodução humana ocorre em ambiente laboratorial, apesar de algumas das fases desse processo não sofrerem qualquer interferência humana. Desta forma, a FIV interfere no processo fisiológico na fase prévia à fecundação, inclusive cria as condições para que esta possa acontecer maior probabilidade de sucesso, mas não interfere diretamente no ato de fusão dos gâmetas nem na divisão celular do ovo fertilizado.

<sup>13</sup> SILVA, Paula Martinho da; COSTA, Marta; *A Lei da Procriação Medicamente Assistida Anotada (E legislação complementar)*, op. cit., p. 14.

<sup>14</sup> A taxa é mais elevada porque não há um problema de infertilidade masculino associado ao esperma utilizado.

<sup>15</sup> O nascimento de Louise Brown marca o início de uma nova era na história da reprodução humana. Louise Brown foi a primeira criança a nascer em virtude da utilização da FIV (1978).

<sup>16</sup> SILVA, Paula Martinho da; COSTA, Marta; *A Lei da Procriação Medicamente Assistida Anotada (e legislação complementar)*, op. cit., pp.14-15.

A FIV é indicada, entre outras causas, na situação clínica de vários ciclos falhados de inseminação artificial, endometriose grave, no caso de disfunção ovulatória moderada ou grave, de obstrução ou ausência de trompas de Falópio, fraca qualidade do sémen ou infertilidade sem causa descoberta, recurso à doação de ovócitos, insucesso com indução de ovulação ou IA<sup>17</sup>. A taxa de sucesso da técnica depende, em regra, da qualidade dos embriões e da idade da mulher, mas é mais alta que a taxa de inseminação: 35 a 45% em mulheres com menos de 39 anos e só 10 a 15% em mulheres com mais de 39 anos<sup>18</sup>. O artigo 24º da Lei da PMA<sup>19</sup> estipula o princípio geral da fertilização *in vitro*<sup>20</sup> segundo o qual nesta técnica “apenas deve haver lugar à criação dos embriões em número considerado necessário para o êxito do processo, de acordo com a boa prática clínica e os princípios do consentimento informado” (nº1 do artigo) e “o número de ovócitos a inseminar em cada processo deve ter em conta a situação clínica do casal e a indicação geral de prevenção da gravidez múltipla” (nº2 do artigo). O artigo 25º estabelece o destino dos embriões no caso da fertilização *in vitro*<sup>21</sup>. Tal como na inseminação artificial também a fertilização *in vitro* pode ser homóloga ou heteróloga<sup>22</sup>, sendo que no caso de utilização de gâmetas de dador é aplicado com as devidas adaptações do regime dos artigos 19º a 21º da lei da PMA.

A Injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI) é uma modalidade da FIV que se caracteriza pelo espermatozoide ser injetado diretamente no ovócito, ou seja, o próprio ato de fecundação é manipulado “artificialmente”<sup>23</sup>. Tal como a FIV clássica, a ICSI substitui ou altera

<sup>17</sup> ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE FERTILIDADE, *Tratamentos e Técnicas de PMA: FERTILIZAÇÃO IN VITRO (FIV)*, <https://www.apfertilidade.org/tratamentos.php>, 22.08.2019 e DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE, *Norma de conduta em Infertilidade para os Cuidados de Saúde Hospitalares*, número: 004/2011, 20/01/2011, p.18 <https://www.dgs.pt/diretrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0042011-de-20012011-pdf.aspx>, 22.08.2019.

<sup>18</sup> ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE FERTILIDADE, *Tratamentos e Técnicas de PMA: FERTILIZAÇÃO IN VITRO (FIV) – Desenvolvimento embrionário*, <https://www.apfertilidade.org/tratamentos.php>, 22.08.2019.

<sup>19</sup> Este artigo não sofreu qualquer alteração desde a criação da lei.

<sup>20</sup> Aplicados quer à fertilização *in vitro* clássica quer aos demais tipos de fertilização *in vitro*.

<sup>21</sup> Contém as alterações introduzidas pela lei nº 17/2016, de 20/06.

<sup>22</sup> Sobre alguns problemas jurídicos no âmbito da fertilização *in vitro* (desde negligência ou erro médico, às questões da procriação heteróloga, destino dos embriões, entre outros), v. ARAÚJO, Fernando, *A procriação assistida e o problema da santidade da vida*, op. cit. pp. 43- 61.

<sup>23</sup> Crf. SILVA, Paula Martinho da; COSTA, Marta; *A Lei da Procriação Medicamente Assistida Anotada (e legislação complementar)*, op. cit., p. 15.

algumas das fases naturais do processo de reprodução humana: promove a gametogênese, substituiu a transferência do gâmeta masculino para o interior do corpo da mulher, substituiu a fusão natural dos gâmetas e consequente fase do desenvolvimento embrionário *in vivo* até à transferência embrionária. Não obstante a fase de divisão celular ocorrer *in vitro* não há qualquer manipulação neste momento, ou seja, uma vez fertilizado o ovócito a divisão celular ocorre naturalmente, com a particularidade de ocorrer em laboratório. Esta técnica é utilizada, geralmente, após tratamentos de FIV ou IA sem fecundação ou sem gravidez; no caso de baixo número de ovócitos ou de espermatozoides; no caso de imaturidade ovocitária; em mulheres com (ou mais) de 35 anos; em processo de diagnóstico genético de pré-implantação; em casos de alterações moderadas ou graves de sémen (por exemplo, problemas de morfologia ou motilidade dos espermatozoides); ejaculação retrógrada; anejaculação; azoospermia secretora; portadores do vírus HIV (sida) ou de outras doenças infecciosas, entre outras causas<sup>24</sup>. Nos termos do art. 47º da LPMA, o regime previsto no capítulo IV da LPMA (artigos 24º a 27º) é aplicado com as devidas adaptações “à injeção intracitoplasmática de espermatozoides, à transferência de embriões, gâmetas ou zigotos e outras técnicas laboratoriais de manipulação gamética ou embrionária equivalentes ou subsidiárias”.

A transferência de embriões ocorre nas situações em que existem embriões criopreservados<sup>25</sup>, por exemplo, embriões excedentários que foram doados pelos beneficiários que não os pretendem utilizar (o que permite a doação de embriões para beneficiários que não podem utilizar os seus gâmetas) ou para uso dos próprios beneficiários no caso de gravidez mal sucedida ou caso pretendam ter outro filho. Esta é uma das técnicas que simboliza a dissociação do processo reprodutivo no tempo porque permite parar o tempo biológico dos embriões.

A transferência de zigoto é uma técnica que consiste em colocar (v. transferir) os ovócitos fertilizados (o zigoto) na trompa de Falópio, decorrendo

<sup>24</sup> Cfr. ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE FERTILIDADE, *INJEÇÃO INTRACITOPLASMÁTICA DE ESPERMATOZOIDES (ICSI)*. Disponível em <https://www.apfertilidade.org/tratamentos.php>, consultado em 23.11.2019.

<sup>25</sup> Também se usa a expressão TEC (transferência de embriões criopreservados) para se referir a esta técnica e distinguir da mera transferência de embriões após a sua criação (ou seja, sem serem criopreservados).

a partir daí o processo natural de reprodução. A transferência de gâmetas<sup>26</sup> engloba os gâmetas femininos (ovócitos) e os masculinos (espermatozoides) e é mais uma das modalidades da FIV.

O diagnóstico genético de pré-implantação (DGPI) é utilizado para detetar alterações genéticas (génicas ou cromossómicas) no embrião (ou em gâmetas) antes de ser transferidos para o aparelho reprodutor feminino, quando há risco elevado de transmissão de uma doença genética, infecciosa, crónica, entre outras<sup>27</sup>. Além disso, o DGPI pode ser utilizado para na seleção de embriões mais saudáveis (ou desejáveis) ou para a seleção de embriões compatíveis com outra pessoa (já nascida) que necessita de um transplante, medula ou qualquer outro material genético<sup>28</sup>. No fundo, o DGPI é resultado da combinação da tecnologia reprodutiva e da genética que permite a utilizar informação ou tecnologia genética para assegurar ou prevenir a transmissão de determinados genes. O DGPI implica um procedimento que se inicia com consultas de aconselhamento genético<sup>29</sup> e prestação do consentimento informado para a sua prática, salvo algumas situações que estão dispensadas deste procedimento prévio.

São apresentadas como fragilidades ou perigos do DGPI o facto de a intervenção sobre o embrião poder provocar uma diminuição da capacidade do embrião se implantar no útero e a biópsia implicar uma intervenção humana e tecnológica. São também associados a esta técnica os perigos inerentes à escolha e seleção de embriões; os danos sofridos pelos embriões; o destino dos embriões portadores de anomalia ou deficiência e a sua destruição; a realização de experiências com os embriões; a instrumentalização ou objetivação do embrião; o grau de fiabilidade do DGPI; o risco de eugenismo e a

<sup>26</sup> Que também podem ser criopreservados.

<sup>27</sup> Ver artigo 7º, nº 3 e 28º da LPMA.

<sup>28</sup> RAPOSO, VERA LÚCIA, *O Direito à Imortalidade – O Exercício de Direitos Reprodutivos Mediante Técnicas de Reprodução Assistida e o Estatuto Jurídico do Embrião In Vitro*, Coimbra, Almedina, 2014, ISBN: 978-972-40-5194-9, pp. 917; 941.

<sup>29</sup> Estas consultas visam informar os beneficiários sobre o que é o DGPI e o seu procedimento, as patologias, a taxa de sucesso, os riscos, as alternativas ao DGPI, entre outras informações relevantes. SOEIRO, CRISTINA AURORA DE SÃO PEDRO, *Diagnóstico Genético Pré-implantação*, op. cit., p. 3. Estas consultas devem ser adaptadas às características dos beneficiários, por exemplo, se sofrem também de infertilidade; no caso de doação de ovócitos; se é um casal de mulheres e/ou mulher solteira e mesmo o caso de gestação de substituição. TELES, NATÁLIA OLÍVIA, «Diagnóstico Genético Pré-Implantação», in *Acta Médica Portuguesa*, volume 24, nº 6, 2011, pp.992-993. Disponível em <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1417/1006>, consultado em 30.07.2023.

discriminação em relação a portadores de doença e deficiência; da engenharia genética, e questões conexas<sup>30</sup>.

A admissibilidade de recurso à PMA para estes fins foi motivo de polémica, sobretudo devido a preocupações de ordem eugénica face à possibilidade de aplicação do DGPI a “outras doenças”, levou um grupo de deputados apresentar junto do Tribunal Constitucional um pedido de inconstitucionalidade da 2.ª parte do nº 2, do art. 4º da lei, do art. 28º e 29º da PMA por violação dos artigos 13º, nº1, 24º, 25º, 26º, nº3 da Constituição e dos artigos 1º e 2º da Convenção de Oviedo. Porém, no acórdão nº 101/2009, o TC não considerou a norma inconstitucional. O TC entendeu que o princípio da subsidiariedade consagrado no art. 4º da lei da PMA tem um sentido amplo e deve ser conjugado com as restantes normas da lei para permite o acesso à PMA (art. 7º, nº2 e 3 e art. 29º), mesmo que não haja diagnóstico de infertilidade, quando o propósito seja evitar a transmissão de uma doença genética, infecciosa ou outra similar ao nascituro. Não se poderá recorrer ao DGPI para quaisquer outros fins (para melhoramento, escolha de características não médicas ou outras). Por conseguinte, tal disposto não viola o princípio da dignidade humana.

Os artigos 28º e 29º da LPMA regulam, em específico, o regime jurídico do DGPI. Ora, estes artigos têm que ser conjugados com o art. 4º, nº 2, tal como disse e bem o TC. Quando falamos do DGPI indicamos os objetivos da sua utilização e os seus destinatários, nomeadamente, aqueles que constam do art. 28º, nº1 da LPMA e do art. 7º, nº 3 da LPMA. Quando a LPMA permite o recurso à PMA para tratamento de doenças graves está a referir-se aos casos do art. 7º, nº 3 da LPMA (para a obtenção de grupo HLA) Quando a LPMA permite o recurso à PMA para evitar a transmissão de doença genética, infecciosa ou outra está a referir-se ao objetivo da DGPI previsto na 1.ª parte do nº1 do art. 28º, no nº 2 do art. 28º da LPMA ou art. 7º, nº 3, 1.ª parte (identificação do sexo nos casos de risco elevado de doença genética ligada ao sexo). O art. 7º, nº 5 da LPMA proíbe a aplicação do DGPI em caso de “doenças multifactoriais onde o valor preditivo do teste genético seja muito baixo”. O art. 28º nº3 e nº 4 e art. 29º, nº 2 da LMPA

<sup>30</sup> Sobre a discussão destas questões no âmbito do DGPI e a posição do direito comparado, v. RAPOSO, VERA LÚCIA, *O Direito à Imortalidade...*, op. cit., pp. 920-924; 926- 930; 933-1044.

estabelecem a articulação entre os centros de PMA, o papel do CNPMA, dos médicos especialistas e os critérios de seleção.

Por fim, a disposição legal da alínea f) do art. 2º da lei da PMA parece-nos que traduz a intenção do legislador deixar em aberto a possibilidade de inclusão de novas técnicas face à evolução científica e tecnológica. Conforme a redação desta alínea, a LPMA aplica-se a “outras técnicas laboratoriais de manipulação gamética ou embrionária equivalentes ou subsidiárias”. Estamos perante uma hipótese bastante ampla que poderá englobar várias técnicas, desde que não estejam proibidas pela lei e respeitem os valores estabelecidos no regime jurídico da PMA.

#### **2.4. Os princípios fundamentais**

O regime jurídico da PMA fundamenta-se num conjunto de princípios, a saber: o princípio da dignidade da pessoa humana, o princípio da não discriminação, o princípio da subsidiariedade, o princípio da não comercialização, o princípio da gratuidade ou não onerosidade do material genético e dos embriões, o princípio do consentimento informado e o princípio do acesso ao conhecimento das origens genéticas e à identidade do dador.

A lei da PMA tem como princípio basilar o princípio da dignidade da pessoa humana (art. 3º, nº 1 da LPMA). Constituindo este princípio a base de todo o Direito dispensava-se a consagração expressa na lei da PMA, porém o legislador quis ser cauteloso. O princípio da dignidade humana reflete a tutela e prossecução de direitos fundamentais importantes em matéria de reprodução humana, por exemplo, o direito ao livre desenvolvimento da personalidade, o direito ao respeito pela integridade física e moral, o direito à saúde reprodutiva e a constituir família, entre outros. São várias as disposições da LPMA que se justificam com base neste princípio, como é o caso da proibição de utilização das técnicas de PMA para fins não permitidos estipulado no art. 7º da Lei da PMA. De acordo com esta disposição legal, não é permitido o recurso à PMA com a finalidade de “criação de seres humanos geneticamente idênticos a outros” ou para “melhorar determinadas características não médicas do nascituro, designadamente, a escolha do sexo”, nem para a criação de quimeras ou seres híbridos ou utilização do DGPI para fins diferentes dos que estão

previstos na lei<sup>31</sup>. O respeito pela dignidade da pessoa humana justifica também a proibição de criação de embriões para fins meramente científicos (art. 9º, nº1 da LPMA), bem como o regime de proteção e destino dos embriões excedentários (art. 9º). Este princípio também se relaciona com a proibição da comercialização de material genético ou de embriões, com a gratuidade do material genético fornecido para a procriação heteróloga. A importância do princípio da dignidade da pessoa humana está presente em matéria de gestação de substituição, salientando-se a posição do Tribunal Constitucional no acórdão nº 225/2018 no qual reconhece que o modelo português de gestação de substituição não é atentatório da dignidade humana da criança nem da gestante<sup>32</sup>.

O art. 3º consagra ainda o princípio da não discriminação (nº 2) ao estipular que ninguém pode ser discriminado com base no seu património genético ou no facto de se ter nascido em resultado da utilização de técnicas de PMA.

O princípio da subsidiariedade está consagrado no art. 4º da LPMA ao estipular que o recurso às técnicas assume cariz subsidiário face à reprodução natural. A consagração deste princípio da subsidiariedade reflete a Recomendação de 1989 do Parlamento Europeu sobre a fecundação *in vivo* e *in vitro*, a qual defendia a utilização da PMA como prática terapêutica para superar problemas de infertilidade e ainda os vários pareceres do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida neste sentido<sup>33</sup>.

Essencialmente, a natureza subsidiária justifica-se por quatro motivos. Um dos motivos traduz-se no objetivo de evitar a instrumentalização dos beneficiários/gestante de substituição ou dadores e também a instrumentalização dos seus órgãos reprodutivos (proteção da dignidade humana)<sup>34</sup>. Um segundo traduz-se na “precaução, perante a taxa de mortalidade infantil

<sup>31</sup> Para um estudo mais completo veja-se SILVA, PAULA MARTINHO DE/COSTA, MARTA, *A Lei da Procriação Medicamente Assistida Anotada*, op. cit., pp.37 a 56.

<sup>32</sup> Sem prejuízos de outros fundamentos que levaram à declaração de inconstitucionalidade.

<sup>33</sup> CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA, Relatório Procriação Medicamente Assistida, [Em linha], Agostinho de Almeida Santos; Michel Renaud e Rita Amaral Cabral (relatores), Lisboa, julho de 2004, pp. 41-44. [Consult. 23.08.2019]. Disponível em WWW: <URL: [http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1273057205\\_P044\\_RelatorioPMA.pdf](http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1273057205_P044_RelatorioPMA.pdf)>.

<sup>34</sup> SILVA, PAULA MARTINHO DA; COSTA, MARTA, *A lei da procriação medicamente assistida anotada (e legislação complementar)*, op. cit., p. 21.

e nascimentos prematuros verificados em crianças fruto do recurso a estas técnicas”<sup>35</sup>. Um terceiro reflete o receio de utilização das técnicas para aplicações inadequadas ou impróprias, como é o caso da seleção genética<sup>36</sup>. Por último, o próprio sistema português de filiação, assente na prática de um ato sexual, impunha a subsidiariedade.

Assim, atendendo a este princípio à luz da redação de 2006, o acesso à PMA limitava-se aos casos em que por razões de saúde (ou patológicas) um casal heterossexual não podia recorrer à reprodução natural. Em concreto, o recurso à PMA circunscrevia-se aos casos de infertilidade e “para tratamento de doença grave ou do risco de transmissão de doenças de origem genética, infecciosa ou outras” (crf. nº 2 do art. 4º da lei da PMA).

Ora, embora a natureza subsidiária continue a reger a LPMA, face a alterações legislativas posteriores, como vimos *supra*, esta natureza deixou de ser absoluta e condição *sine qua non* considerando o beneficiário em questão. Como indicamos melhor *supra*, atualmente é possível recorrer à PMA independentemente de um problema de infertilidade ou por motivo de patologia, caso se trate de um casal de mulheres ou de uma mulher solteira que pretenda recorrer à PMA heteróloga (art. 4.º, nº 3 da lei da PMA).

Neste contexto, o CNECV veio alertar para as questões éticas e jurídicas de um afastamento do princípio da subsidiariedade, especialmente interrogando-se sobre a existência de um direito (geral) de qualquer pessoa recorrer à PMA e do dever do Estado assegurar esse direito, pese embora já tivesse manifestado a sua opinião favorável quanto ao acesso à PMA por mulheres solteiras e casais de mulheres sob pena de violação da autonomia privada (parecer 63/CNECV/2012).

O princípio da subsidiariedade terá de ser conjugado com os requisitos do art. 6º da LPMA sobre os beneficiários da PMA. Em síntese, de acordo com este artigo, os critérios de acesso à PMA reconduzem-se ao estado civil, idade, capacidade e orientação sexual dos beneficiários. Conforme referido anteriormente, inicialmente apenas podiam recorrer às técnicas de PMA casais heterossexuais (critério de orientação sexual) unidos pelo matrimónio e não

<sup>35</sup> CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA, Relatório Procriação Medicamente Assistida, Agostinho de Almeida Santos; Michel Renaud; Rita Amaral Cabral, op. cit., pp. 41-42.

<sup>36</sup> SILVA, PAULA MARTINHO DA; COSTA, MARTA, *A lei da procriação medicamente assistida anotada (e legislação complementar)*, op. cit., p. 21.

separados judicialmente de pessoas e bens ou separadas de facto (estado civil) e casais heterossexuais (orientação sexual) que vivessem em condições análogas às dos cônjuges (estado civil) há pelo menos dois anos (limite temporal da união de facto), desde que tivessem pelo menos dezoito anos de idade (critério mínimo de idade) e não estivessem interditos ou inabilitados por anomalia psíquica (capacidade), crf. nº 1 e nº 2 do art. 6º da LPMA.

Com o alargamento da PMA a casais de mulheres e mulheres solteiras, o critério da orientação sexual alargou-se e a estado civil também sofreu alterações. Mantém-se inalterado o critério de idade e de capacidade (nº 2 do art. 6º). Note-se, que se mantém o critério do estado civil apenas para os casais-beneficiários a quem se exige que sejam “casados ou casadas ou que vivam em condições análogas às dos cônjuges”, apesar de ter eliminado o critério do limite temporal e a limitação de acesso por casais casados mas separados de pessoas e bens. Em 2018, com a criação do regime do maior acompanhado, o nº 2 do art. 6º foi alterado na parte das incapacidades, estabelecendo-se atualmente que não pode recorrer à PMA o beneficiário em relação ao qual exista uma sentença de acompanhamento que vede o recurso à PMA. Quanto ao género, estado civil e orientação sexual continua a estar vedado o acesso às técnicas de PMA a casais de homens ou a homens independentemente do estado civil ou orientação sexual.

Por fim, o princípio do acesso ao conhecimento das origens genéticas e à identidade do dador (art. 15º da lei da PMA) foi integrado na lei da PMA em 2018, em substituição do direito ao anonimato do dador, conforme vimos na sequência da decisão do Tribunal Constitucional no acórdão nº 225/2018.

### **3. O futuro da Lei da Procriação Medicamente Assistida**

Face à evolução da ciência e da tecnologia, parece-nos que o futuro da procriação medicamente assistida em Portugal passará, inevitavelmente, por alterações a médio e longo prazo. O surgimento de novas técnicas ou tratamentos poderá suscitar a necessidade de o legislador clarificar a sua admissibilidade ou proibição à luz do regime em vigor, em especial face à cláusula aberta consagrada na alínea g) do nº 2 do art. 2º da LPMA.

Aliás, possíveis alterações poderão não estar muito longe de acontecer, pois já existem novas técnicas de PMA, embora ainda não sejam praticadas em Portugal. Falamos do caso da doação mitocondrial ou transferência mitocondrial<sup>37</sup>. Esta técnica deriva da FIV clássica, pois a fecundação ocorre *in vitro*, com a especificidade de utilizar gâmetas de três pessoas: duas mulheres e um homem. Esta técnica está associada às doenças mitocôndrias, apesar de ser possível utilizá-la para outras finalidades. Na transferência mitocondrial é retirado o ADN nuclear dos ovócitos da beneficiária e da dadora, seguidamente é transferido para o ovócito da dadora o ADN nuclear da beneficiária e só depois se procede à fecundação e à transferência do embrião para o corpo da beneficiária. Assim, apesar de se utilizar um ovócito doado este contém o ADN nuclear da beneficiária (e não o da dadora), e da dadora o ovócito só contém as mitocôndrias. Todavia, os genes não são propriamente manipulados ou editados, tão só são transferidos para gâmetas distintos, dando origem a um embrião que *ab initio* não seria geneticamente aquele.

A longo prazo destacamos ainda as potencialidades da técnica CRISPR-CAS9 em matéria de reprodução humana, embora lhe estejam associados inúmeros riscos e perigos que podem condicionar ou impossibilitar a sua utilização para estes fins<sup>38</sup>. Esta técnica é conhecida por tesoura genética molecular porque permite cortar células, com o objetivo de introduzir no seu ADN a proteína Cas-9, modificando o ADN de qualquer célula. Ora, mediante programação da célula que se pretende atingir (fornecendo-se uma cópia da sequência do código genético), esta ferramenta vai percorrer essa célula até descobrir o gene em causa. A estas funções poderá acrescer a correção genética, ou seja, permitir que a própria técnica faça correção no gene

<sup>37</sup> Técnica que tem gerado alguma controvérsia face à utilização de material genético de três pessoas. Sobre a técnica, v. COUTINHO, DIANA, «Tecnologia e reprodução humana: a fertilização *in vitro* trigamética - Entre o milagre da reprodução e os perigos da desumanização», in *Temas de Direito e Bioética - Novas Questões do Direito da Saúde*, [Em linha], Benedita Mac Crorie; Miriam Rocha e Sónia Moreira (coordenação científica), volume I, Braga, DH-CII - Direitos Humanos - Centro de Investigação Interdisciplinar; JusGov - Centro de Investigação em Justiça e Governação e Escola de Direito da Universidade do Minho, dezembro de 2018, ISBN digital: 978-989-54032-6-4, pp. 69, 74-75. [Consult. 30.01.2019]. Disponível em WWW: URL:[https://issuu.com/comunicadireito/docs/direito\\_e\\_bioetica\\_web](https://issuu.com/comunicadireito/docs/direito_e_bioetica_web); RAPOSO, VERA LÚCIA, *O Direito à Imortalidade - O Exercício de Direitos Reprodutivos Mediante Técnicas de Reprodução Assistida e o Estatuto Jurídico do Embrião In Vitro*, op. cit., p. 394.

<sup>38</sup> Para um desenvolvimento sobre esta temática, v. COUTINHO, DIANA, «Reflexão ético-jurídica em torno da técnica de edição genética CRISPR-Cas9, em particular no contexto de reprodução humana», in *Inteligência Artificial e Robótica - Desafios para o Direito no século XXI*, Eva Sónia Moreira da Silva e Pedro Miguel Freitas (coordenadores), 1.ª edição, Gestlegal, Novembro de 2022, pp. 103-125.

que procurou e cortou. É, precisamente, em relação a esta última função que surge a possibilidade de utilizar esta técnica para fins de edição ou manipulação genética. Assim, o uso do CRISPR-Cas9 visa a manipulação ou edição embrionária com o objetivo de prevenir doenças que afetam os genes, com a particularidade de esta intervenção ocorrer antes da implantação embrionária. A nosso ver, os riscos e perigos associados no que respeita à sua utilização para fins de reprodução humana parecem constituir entraves suficientes para a sua limitação ou absoluta proibição.

A curto prazo aguarda-se com expectativa a regulamentação da gestação de substituição e as etapas seguintes de uma história legislativa que está longe de terminar. Acrescem as repercussões da aprovação da alteração legislativa em matéria de PMA *post mortem*, que veremos discutidas num futuro próximo. O contexto social e política que o país e o mundo atravessam terá, certamente, influência nas questões da regulamentação da PMA, em particular em torno das questões de género, identidade sexual e igualdade de acesso às técnicas de PMA.

#### 4. Notas conclusivas

É inegável que a história da reprodução humana mudou com o recurso à procriação medicamente assistida. É de extrema importância a possibilidade de se conseguir criar vida humana com recurso às técnicas de PMA, pois permite-se suprir uma lacuna – direito à reprodução e a constituir família-, que de outra forma, dificilmente, seria preenchida. São várias as causas que legitimam o acesso à reprodução humana assistida e que fizeram da PMA a forma de concretizar o desejo da parentalidade.

Porém, a conceção de vida humana está cada vez mais afastada da reprodução natural. A importância e implicações desta forma de reprodução não ficaram imunes à intervenção do Direito, nem podiam. Os perigos, os riscos, a proteção dos direitos dos envolvidos justificam uma intervenção do Direito. Neste contexto, a criação de um regime jurídico em Portugal sobre esta matéria é vista como positiva e de totalmente necessária. A Lei nº 32/2006 constituiu um marco importante para a proteção dos beneficiários e da criança que viesse a nascer do recurso às técnicas de PMA, promovendo a

segurança e certezas jurídicas necessárias nesta matéria, bem como acautelado a proteção e garantida de direitos fundamentais. Não consideramos que a sua regulamentação tenha pecado por tardia, pois a complexidade ética-jurídica das questões inerentes à mesma justificavam uma análise cuidada e segura do tema.

A importância e o marco na regulamentação da PMA em Portugal não afastam um caminho marcado por um conjunto de percalços, fracassos, incongruências e precipitações. Em particular, neste caminho destacamos o papel do legislador em matéria de gestação de substituição. A complexidade ético-jurídica do tema aliada à precipitação e ignorância do legislador nesta matéria têm marcado a legislação sobre gestação de substituição em Portugal. A nosso ver, o legislador abriu a caixa de Pandora com a gestação de substituição e tem (e terá) nesta o seu calcanhar de *Aquiles*. Colocando as metáforas de lado, parece-nos que a regulamentação que tanto se aguarda à Lei nº 91/2021 não será a solução para as fragilidades do modelo de gestação de substituição que foi pensado pelo legislador português e, muito provavelmente, o seu regime jurídico voltará a ser discutido no Tribunal Constitucional.

Na história da LPMA destacamos ainda como marcos importantes o alargamento do acesso da PMA a todas as mulheres e casais de mulheres e a admissibilidade do recurso à PMA *post mortem*. No primeiro caso, parece-nos que este alargamento terá consequências a curto prazo, no que concerne às dificuldades de ordem prática de concretização das técnicas (a falta de dadores de gâmetas) e nas longas listas de espera. Ademais, a longo prazo, o tratamento diferenciado entre mulheres e homens no acesso à PMA motivará a defesa de alguns grupos políticos pelas alterações à LPMA no sentido de permitir o acesso a casais de homens e homens solteiros, o que implicará o recurso à gestação de substituição. Independentemente de concordamos ou não com um tratamento diferenciado - questão que não foi objeto de análise no nosso artigo - a nossa experiência de investigação sobre esta temática, o contexto político e a evolução de alguns ordenamentos jurídicos nesta matéria, leva-nos a crer que esta será uma questão a discutir num futuro breve. Quanto à segunda questão, as consequências da alteração do regime jurídico farão se sentir a longo prazo. Esta alteração foi feita sem qualquer tipo de discussão quanto aos fundamentos da admissibilidade/proibição *post mortem*, sem a certeza e seguranças jurídicas exigidas (ao aplicar-se retroativamente) e

ignorando aspetos interligados ao tema (como a hipótese de ser a progenitora a beneficiária a falecer).

Por último, atendendo à contínua evolução da medicina da reprodução, certamente, em poucos anos, será necessário dispor de novas regras e, porventura, atualizar as existentes respeitando os princípios fundamentais de um Estado de Direito.