VII ENCONTRO INTERNACIONAL DO CONPEDI/BRAGA - PORTUGAL

BIODIREITO E DIREITOS DOS ANIMAIS

LUIZ GUSTAVO GONÇALVES RIBEIRO

VALMIR CÉSAR POZZETTI

NUNO MANUEL PINTO OLIVEIRA

Copyright © 2017 Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

Todos os direitos reservados e protegidos.
Nenhuma parte deste anal poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – CONPEDI
Presidente - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa – UNICAP
Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Ingo Wolfgang Sarlet – PUC - RS
Vice-presidente Sudeste - Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim – UCAM
Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Maria dos Remédios Fontes Silva – UFRN
Vice-presidente Norte/Centro - Profa. Dra. Julia Maurmann Ximenes – IDP
Secretário Executivo - Prof. Dr. Orides Mezzaroba – UFSC
Secretário Adjunto - Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto – Mackenzie

Representante Discente – Doutoranda Vivian de Almeida Gregori Torres – USP

Conselho Fiscal:
Prof. Msc. Caio Augusto Souza Lara – ESDH
Prof. Dr. José Querino Tavares Neto – UFG/PUC PR
Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini Sanches – UNINOVE
Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva – UFS (suplente)
Prof. Dr. Fernando Antonio de Carvalho Dantas – UFG (suplente)

Secretarias:
Relações Institucionais – Ministro José Barroso Filho – IDP
Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho – UPF
Educação Jurídica – Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues – IMED/ABEDi
Eventos – Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta – FUMEC
Prof. Dr. Jose Luiz Quadros de Magalhaes – UFMG
Profa. Dra. Monica Herman Salem Caggiano – USP
Prof. Dr. Valter Moura do Carmo – UNIMAR
Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr – UNICURITIBA
Comunicação – Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro – UNOESC

B615

Biodireito e direito dos animais [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/ UMinho

Coordenadores: Luiz Gustavo Gonçalves Ribeiro; Nuno Manuel Pinto Oliveira; Valmir César Pozzetti – Florianópolis: CONPEDI, 2017.

Inclui bibliografia
ISBN: 978-85-5505-463-1
Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações
Tema: Interconstitucionalidade: Democracia e Cidadania de Direitos na Sociedade Mundial - Atualização e Perspectivas

1.Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Internacionais. 2. Biodiversidade. 3. Avanços tecnológicos. VII Encontro Internacional do CONPEDI (7. : 2017 : Braga, Portugal).

CDU: 34

Conselho Nacional de Pesquisa
e Pós-Graduação em Direito
Florianópolis – Santa Catarina – Brasil
www.conpedi.org.br

Universidade do Minho
Escola de Direito
Centro de Estudos em Direito da União Europeia

Cento de Estudos em Direito da
União Europeia
Braga – Portugal
www.uminho.pt

VII ENCONTRO INTERNACIONAL DO CONPEDI/BRAGA - PORTUGAL

BIODIREITO E DIREITOS DOS ANIMAIS

Apresentação

A obra representa a reunião de artigos amplamente discutidos numa agradável tarde de verão, na Universidade do Minho, em Braga, Portugal, por ocasião do VII Encontro Internacional do Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito.

As discussões coordenadas pelos signatários abrangeram temas ecléticos, externados nos textos que fazem parte da obra, e que compuseram a essência do Grupo Temático Biodireito e Direito dos Animais.

A leitura dos artigos, tamanha a envergadura dos temas e a apresentação deles, dará ao leitor a certeza de que os desafios impostos nos assuntos abordados foram enfrentados de forma altaneira, coerente e rica por seus autores.

Vejamos, pois:

No trabalho “a cobrança da taxa de disponibilidade obstétrica e os direitos da paciente”, a autora Maria dos Remédios de Lima Barbosa enfrentou a questão da cobrança da taxa da disponibilidade obstétrica à luz do direito constitucional à saúde e do Código de Ética Médica, não se furtando, ainda, à questão atual da realização de partos com intervenção cirúrgica, mesmo quando o parto, chamado natural, seria condizente ao caso.

No texto “atuação da economia comportamental nas questões reprodutivas: nudges como uma possibilidade para a conscientização do aborto”, a autora Cláudia Ribeiro Pereira Nunes destacou, no âmbito de uma pesquisa empírica realizada com um corpo eclético de entrevistados, a importância da educação reprodutiva para fins de conscientização de todos sobre a questão do aborto, destacando que não basta entoar apenas a órbita da licitude ou ilicitude da prática, mas o verdadeiro conhecimento do tema, independentemente da classe social a que pertença a pessoa.

O autor português João Proença Xavier apresentou o artigo “direitos humanos e bioética - reprodução assistida: inseminação e fertilização artificial” abordando as causas da infertilidade e as técnicas de combate a ela sob a ótica dos direitos humanos. A discussão sobre o tema foi sequenciada pela apresentação de Beatriz de Lima Fernandes Gottardo, que

destacou, no texto intitulado “uma busca entre a liberdade e a dignidade: gestação por substituição e os aspectos jurídicos no direito brasileiro”, as técnicas homólogas e heterólogas de reprodução humana assistida e aspectos pertinentes do assunto nos ordenamentos brasileiro e português. O tema também foi tratado por Mariana Schafhauser Boçon, no texto intitulado “a regulação das técnicas de reprodução assistida: uma análise comparativa entre Brasil e Portugal”, trabalho esse que trouxe à tona a inexistência da regulamentação da questão no Brasil sob a ótica legislativa ao contrário do que ocorre em Portugal.

A sequência dos trabalhos ficou a cargo de dois textos condizentes ao direito dos animais. A autora Carla de Abreu Medeiros, no texto intitulado “os animais como sujeitos de direito: rompendo com a tradição antropocêntrica do direito civil” e a autora Fernanda Ferreira dos Santos Silva, no texto “xenotransplantes: a ponderação entre o direito fundamental à vida x a necessária proteção da dignidade animal”, destacaram a necessidade do trato dos animais como verdadeiros sujeitos de direitos, principalmente à vida e à dignidade, bem como a inexistência de um arcabouço normativo pleno em prol da tutela animal.

Noutra vertente, Caio Eduardo Costa Cazelatto e Valéria Silva Galdino Cardin, na obra “das restrições à liberdade de expressão frente à violação dos direitos das minorias sexuais pelo discurso de ódio”, entoaram a relatividade de direitos fundamentais, mormente quando exercidos de forma abusiva, em prejuízo das minorias, com flagrante violação à dignidade da pessoa humana e à liberdade de escolha sexual.

Por fim, Valmir César Possetti, no texto “lei de biossegurança e as controvérsias sobre o início da vida”, e Mariana Carolina Lemes, no trabalho intitulado “pacientes terminais e cuidados paliativos: terminalidade da vida, autodeterminação e limites da intervenção estatal” trataram do início e do final da vida, enaltecendo questões práticas condizentes ao trato legal, jurisprudencial e religioso acerca do assunto.

É claro que, em sede de apresentação, não há como tratar dos textos com a profundidade que a leitura deles proporcionará. Trata-se apenas de um singelo convite para que o leitor possa observar a atualidade, a riqueza e a importância dos temas e, assim, motivar-se ainda mais à apreciação e deleite dos mesmos.

Tenham todos uma aprazível leitura, o que por certo ocorrerá!

Prof. Dr. Luiz Gustavo Gonçalves Ribeiro

Prof. Dr. Nuno Oliveira

Prof. Dr. Valmir César Pozzetti

Nota Técnica: Os artigos que não constam nestes Anais foram selecionados para publicação na Revista CONPEDI Law Review, conforme previsto no artigo 7.3 do edital do evento. Equipe Editorial Index Law Journal - publicacao@conpedi.org.br.

A REGULAÇÃO DAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA: UMA ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE BRASIL E PORTUGAL

THE REGULATION OF ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGY: A COMPARATIVE ANALYSIS BETWEEN BRAZIL AND PORTUGAL

Mariana Schafhauser Boçon [1]

Resumo

As técnicas de reprodução assistida/procriação medicamente assistida geraram uma mudança paradigmática na ideia da concepção de um ser humano, tornando necessária uma regulação dessas técnicas para se garantir os direitos e deveres das partes envolvidas: médicos, beneficiários, doadores e crianças oriundas da aplicação das técnicas. Nesse sentido, o presente trabalho faz uma análise comparativa do estado atual da regulação dessas técnicas no Brasil e em Portugal, a fim de entender criticamente em que medida a regulação em cada país busca abarcar, com respeito aos princípios da bioética e dos direitos humanos, o desenvolvimento da ciência e as demandas da sociedade.

Palavras-chave: Técnicas de reprodução assistida, Regulação, Brasil, Portugal, Bioética

Abstract/Resumen/Résumé

The assisted reproductive/ medically assisted procreation technology have changed the idea of the conception of a human being, making it necessary to regulate these techniques to guarantee the rights and duties of the parties involved: physicians, beneficiaries, donors and children born from these techniques. Therefore, this work makes a comparative analysis of the current state of the regulation of these techniques in Brazil and Portugal, in order to understand critically the extent to which regulation in each country seeks to embrace, with respect to the principles of bioethics and human rights, the development of science and the demands of society.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Assisted reproductive technology, Regulation, Brazil, Portugal, Bioethics

[1] Bacharela em Direito pela Universidade de Brasília (UnB) Mestranda em Direitos Humanos na Universidade do Minho, Braga.

I. INTRODUÇÃO

O direito à autodeterminação reprodutiva teve seu desenvolvimento a partir da segunda metade do século XX com a ideia de planejamento familiar, de forma que em 1968, na I Conferência Mundial de Direitos Humanos, promovida pela ONU em Teerã, fala-se da autonomia de homens e mulheres, enquanto pais, de terem o direito humano fundamental de determinar livremente o número de seus filhos e os intervalos entre seus nascimentos.

Posteriormente, a ideia de um direito ao planeamento familiar ganha outro contorno mais específico quando o termo 'direitos reprodutivos', cunhado por feministas norte americanas, ganha publicidade, em 1984, no I Encontro Internacional de Saúde da Mulher, em Amsterdã, Holanda e, quando, em 1988, a Organização Mundial da Saúde adota o conceito de 'saúde reprodutiva'. Em 1994, por sua vez, na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), no Cairo, Egito, ficou finalmente consagrado o conteúdo do termo 'direitos reprodutivos', consoante o disposto no parágrafo 7.3 do Programa de Ação do Cairo[1]:

> [O]s direitos de reprodução abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos e em outros documentos de acordos. Esses direitos se baseiam no reconhecido direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de seus filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais alto padrão de saúde sexual e de reprodução. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência, conforme expresso em documentos sobre direitos humanos.

Concomitantemente ao desenvolvimento da proteção jurídica internacional dos direitos reprodutivos, deu-se também o desenvolvimento das denominadas técnicas de reprodução assistida, também conhecidas como técnicas de procriação medicamente assistida, as quais trouxeram uma mudança paradigmática na ideia de reprodução, tornando-a independente da prática sexual entre indivíduos e, assim, propondo soluções para casos de infertilidade de forma a permitir a gestação para os casos em que um dos integrantes do casal é infértil; para as mulheres que adiaram a gravidez; bem como é aberta à possibilidade para

[1] Sobre o Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - Plataforma de Cairo, conferir o inteiro teor do texto disponível em <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2017.

que mulheres solteiras ou casais homossexuais também possam exercitar a sua maternidade e paternidade.

Dessa forma, com todas as mudanças proporcionadas por tais tecnologias é evidente que elas trazem uma série de dúvidas e questionamentos quanto aos valores éticos, sociais e jurídicos que passam a envolver uma gestação realizada sem a atividade sexual, na qual, muitas das vezes, o material genético envolvido é de um terceiro doador que em nada tem a ver com a relação afetiva que se vai instaurar com o posterior nascimento da criança, o que coloca uma série de novos desafios à ideia de liberdade e autonomia de decidir sobre o planejamento familiar, ao denominado direito à identidade genética, bem como às questões bioéticas envolvendo os embriões oriundos de tais técnicas.

Dessa forma, a fim de se garantir o exercício livre, sem coerção e discriminação, dos direitos reprodutivos a todas e todos, é necessário que as técnicas de procriação medicamente assistida estejam devidamente reguladas, o que não acontece na maioria dos países, principalmente tendo em consideração as complexidades éticas, morais e técnicas que envolvem o assunto.

Nesse sentido, o presente estudo, tendo por base a evolução da proteção internacional dos direitos reprodutivos, almeja analisar como tem sido tratada efetivamente a regulação da questão dos direitos reprodutivos e as novas tecnologias reprodutivas, escolhendo como objeto de estudo a situação atual do tema no Brasil e em Portugal. A escolha pelos dois países para a presente análise comparativa não deixa de ter como ponto de partida a raiz histórica e cultural que os liga, mas parte, principalmente, do ponto de estado da arte que contrapõe as recentes alterações na legislação portuguesa sobre procriação medicamente assistida, ocorridas em 2016, e a ainda ausente legislação brasileira a respeito do tema.

Dessa forma, este estudo pretende analisar como estão reguladas as técnicas de reprodução/procriação medicamente assistida no Brasil e em Portugal a fim de verificar semelhanças e diferenças no tratamento da questão, principalmente no que toca aos respectivos institutos jurídicos que regulamentam o tema, de forma a analisar criticamente, com base nos princípios da bioética e da dignidade da pessoa humana, a efetiva proteção jurídica dos direitos das partes envolvidas na utilização da técnica.

II. A REGULAÇÃO DA REPRODUÇÃO ASSISTIDA NO BRASIL

No Brasil, onde as técnicas são denominadas técnicas de reprodução assistida (a seguir RA), embora tramitem no Congresso Nacional diversos projetos de lei a respeito da

regulamentação do tema[2], não há nenhuma legislação específica que regulamente o uso dessas técnicas no país. A ausência de uma norma legal sobre o assunto e a necessidade dos médicos em atuação no Brasil terem um regulamento base para se apoiar na utilização de técnicas cada vez mais frequentes fez com que, em 1992, o Conselho Federal de Medicina (a seguir CFM) adotasse a Resolução CFM nº 1.358/1992 como dispositivo deontológico com as normas éticas a serem seguidas pelos médicos na utilização das técnicas de reprodução assistida.

A Resolução foi adotada tendo por base a consideração do CFM da infertilidade humana enquanto um problema de saúde, responsável por implicações médicas e psicológicas, e a legitimidade do anseio de se querer superá-la, solução que tornou-se possível com o avanço do conhecimento científico, tendo as técnicas de RA possibilitado a procriação em diversas circunstâncias em que ela não era possível pelos procedimentos tradicionais. Dessa forma, o CFM, entendendo preeminente a necessidade de harmonizar o uso dessas técnicas com os princípios da ética médica, estabeleceu as normas éticas para a utilização das técnicas de RA. Essa Resolução, entretanto, sofreu alterações consoante os avanços técnico-científicos e as modificações de condutas éticas por parte da sociedade, tendo o CFM adotado posteriormente a Resolução CFM nº 1.957/2010, que foi posteriormente substituída pela Resolução CFM nº 2.013/2013, que por sua vez foi alterada para a resolução atualmente em vigor, a Resolução CFM nº 2.121/2015.

A Resolução CFM nº 2.121/2015, publicada em 24 de setembro de 2015, adota as normas éticas para a utilização das técnicas de RA, sempre tendo em conta a defesa do aperfeiçoamento das práticas e da observância aos princípios éticos e bioéticos que ajudarão a trazer maior segurança e eficácia a tratamentos e procedimentos médicos, tornando-se o dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos brasileiros.

Segundo a Resolução, os princípios gerais dessas normas estabelecem que as técnicas de RA têm o papel de auxiliar na resolução dos problemas de infertilidade humana, facilitando o processo de procriação, mas desde que exista probabilidade de sucesso e não se incorra em risco grave de saúde para o(a) paciente ou o possível descendente, sendo estabelecida a idade máxima de 50 anos para as candidatas à gestação com utilização de técnicas de RA. São admitidas exceções a este limite de idade, mas devem ter por base

2 Sobre os atuais projetos de lei, conferir PL 120/2003, PL 4686/2004, PL 2855/1997, PL 2855/1997**,** PL 4665/2001, PL 1135/2003, PL 2061/2003, PL 4889/2005, PL 4664/2001, PL 6296/2002, PL 5624/2005, PL 3067/2008, PL 7701/2010, PL 3977/2012, PL 4892/2012, PL 115/2015, apensados ao PL 1184/2003 de autoria do Senador Federal - Lucio Alcantara - PSDB/CE, cujo inteiro teor está disponível em <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=118275>. Acesso em 19 maio 2017.

fundamentos técnicos e científicos, pelo médico responsável e após esclarecimento quanto aos riscos envolvidos.

Ademais, prevê-se que o consentimento livre e esclarecido informado será obrigatório para todos os pacientes submetidos às técnicas de reprodução assistida. Para esse consentimento, é necessário o máximo de informação pertinente aos pacientes e doadores, de forma que os aspectos médicos envolvendo a totalidade das circunstâncias da aplicação de uma técnica de RA serão detalhadamente expostos, assim como os resultados obtidos na unidade de tratamento com a técnica proposta, bem como serão prestadas informações de dados de caráter biológico, jurídico e ético. O documento de consentimento livre e esclarecido informado será elaborado em formulário especial e estará completo com a concordância, por escrito, obtida a partir de discussão bilateral entre as pessoas envolvidas nas técnicas de RA.

Como princípio geral, a Resolução em vigor também prevê que as técnicas de RA não podem ser aplicadas com a intenção de selecionar o sexo ou qualquer outra característica biológica do futuro filho, exceto quando se trate de evitar doenças da criança que venha a nascer, sendo também proibida a fecundação de ovócitos humanos com qualquer outra finalidade que não seja a procriação humana. Nesse aspecto, estabelece que o número máximo de ovócitos e embriões a serem transferidos para a receptora não pode ser superior a 4, sendo a quantidade determinada de acordo com a idade da receptora, de forma que para mulheres com até 35 anos, podem ser transferidos até 2 embriões; para mulheres entre 36 e 39 anos, até 3 embriões e, para mulheres com 40 anos ou mais, até 4 embriões. Bem como nas situações de doação de óvulos e embriões, considera-se também a idade no momento da coleta dos óvulos, sendo a idade limite para a doação de gametas de 35 anos para a mulher e de 50 anos para o homem. Com isso, visa-se não aumentar os riscos já existentes de multiparidade, entretanto, se ocorrer um caso de gravidez múltipla, decorrente do uso de técnicas de RA, é proibida a utilização de procedimentos que visem à redução embrionária.

Quanto aos pacientes das técnicas de RA, a Resolução CFM nº 2.121/2015 traz as importantes alterações decorridas nas Resoluções anteriores, pois a partir da Resolução CFM nº 2.013/2013 considerou-se como elemento importante para a harmonização do uso das técnicas de RA com os princípios da ética médica o que ficou decidido pelo pleno do Supremo Tribunal Federal, na sessão de julgamento de 5.5.2011, em que se reconheceu e qualificou como entidade familiar a união estável homoafetiva (ADI 4.277 e ADPF 132). Dessa forma, a Resolução nº 2.121/2015 prevê que todas as pessoas capazes, que tenham solicitado o procedimento e cuja indicação não se afaste dos limites desta resolução, podem ser receptoras das técnicas de RA desde que os participantes estejam de inteiro acordo e

devidamente esclarecidos, conforme legislação vigente. No sentido de todas as pessoas capazes, a Resolução esclarece que é permitido o uso das técnicas de RA para relacionamentos homoafetivos e pessoas solteiras, respeitado o direito a objeção de consciência por parte do médico, bem como é permitida a gestação compartilhada em união homoafetiva feminina em que não exista infertilidade.

Quanto às clínicas, centros ou serviços que aplicam as técnicas de RA, a Resolução nº 2.121/2015 estabelece que elas são as responsáveis pelo controle de doenças infectocontagiosas, pela coleta, pelo manuseio, pela conservação, pela distribuição, pela transferência e pelo descarte de material biológico humano para o(a) paciente de técnicas de RA, devendo apresentar como requisitos mínimos: 1) um diretor técnico – obrigatoriamente, um médico registrado no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição – com registro de especialista em áreas de interface com a RA, que será responsável por todos os procedimentos médicos e laboratoriais executados; 2) um registro permanente das gestações, dos nascimentos e das malformações de fetos ou recém-nascidos, provenientes das diferentes técnicas de RA aplicadas na unidade em apreço, bem como dos procedimentos laboratoriais na manipulação de gametas e embriões, e; 3) um registro permanente das provas diagnósticas a que é submetido o(a) paciente, com a finalidade precípua de evitar a transmissão de doenças. Esses registros deverão estar disponíveis para fiscalização dos Conselhos Regionais de Medicina.

Quanto à doação de gametas ou embriões, a Resolução mantém o entendimento que já advinha da Resolução CFM nº 1.358/1992 de que a doação nunca poderá ter caráter lucrativo ou comercial, bem como é obrigatório o sigilo sobre a identidade dos doadores de gametas e embriões, assim como dos receptores, não devendo os doadores conhecerem a identidade dos receptores e vice-versa. Em situações especiais, entretanto, as informações sobre os doadores, por motivação médica, podem ser fornecidas exclusivamente para médicos, resguardando-se a identidade civil do(a) doador(a). Ademais, as clínicas, centros ou serviços onde é feita a doação devem manter, de forma permanente, um registro com dados clínicos de caráter geral, características fenotípicas e uma amostra de material celular dos doadores, bem como, na região de localização da unidade clínica, um registro dos nascimentos que evitará que um(a) doador(a) tenha produzido mais de duas gestações de crianças de sexos diferentes em uma área de um milhão de habitantes.

A escolha dos doadores é de responsabilidade do médico assistente, sendo que, dentro do possível, deverá garantir que o(a) doador(a) tenha a maior semelhança fenotípica e a máxima possibilidade de compatibilidade com a receptora, não sendo permitido aos médicos,

funcionários e demais integrantes da equipe multidisciplinar das clínicas, unidades ou serviços, participarem como doadores nos programas de RA. A Resolução CFM nº 2.121/2015 mantém o que passou a ser disposto na Resolução CFM nº 2.013/2013, isto é, a permissão de doação voluntária de gametas masculinos, bem como a situação identificada como doação compartilhada de ovócitos em RA, em que doadora e receptora, participando como portadoras de problemas de reprodução, compartilham tanto do material biológico quanto dos custos financeiros que envolvem o procedimento de RA, sendo que a doadora tem preferência sobre o material biológico que será produzido.

Para além das funções acima mencionadas, as clínicas, centros ou serviços podem criopreservar espermatozoides, óvulos, embriões e tecidos gonádicos. Afinal, a Resolução prevê que o número total de embriões gerados em laboratório será comunicado aos pacientes para que decidam quantos embriões serão transferidos a fresco, devendo os excedentes, viáveis, ser criopreservados. Nas Resoluções 1.358/1992 e 1.957/2010, os embriões excedentes não podiam ser descartados ou destruídos. Entretanto, essa situação passou a gerar um problema de excesso de embriões criopreservados, de forma que alguns encontravam-se congelados há mais de vinte anos, entulhando os serviços de RA. Após essa demanda, o CFM, na Resolução CFM nº 2.013/2013, tendo por base que a Lei de Biossegurança (Lei nº 11.105/05), em seu art. 5º, inciso II, já autorizava o descarte de embriões congelados há 3 anos, contados a partir da data do congelamento, para uso em pesquisas sobre células- tronco, buscou solucionar o problema enfrentado pelos centros de RA de acumulação de embriões congelados, determinando que os embriões criopreservados com mais de 5 anos poderão ser descartados se esta for a vontade dos pacientes, e não apenas para pesquisas de células-tronco, conforme previsto na Lei de Biossegurança. Assim, atualmente, a Resolução em vigor prevê que no momento da criopreservação, os pacientes devem expressar sua vontade, por escrito, quanto ao destino a ser dado aos embriões criopreservados em caso de divórcio, doenças graves ou falecimento, de um deles ou de ambos, e quando desejam doá-los, bem como no caso de embriões criopreservados com mais de 5 anos, os pacientes podem decidir por descartá-los, sendo que a sua utilização em pesquisas de células-tronco não é obrigatória.

Quanto ao denominado Diagnóstico Genético Pré-implantação de embriões, a Resolução CFM nº 2.121/2015 estabelece que as técnicas de RA podem ser utilizadas aplicadas à seleção de embriões submetidos a diagnóstico de alterações genéticas causadoras de doenças, podendo nos casos de se constatar alterações serem doados para pesquisa ou descartados, bem como essas técnicas também podem ser utilizadas para tipagem do sistema HLA (*Human leukocyte antigen)* do embrião, no intuito de selecionar embriões HLA

compatíveis com algum(a) filho(a) do casal já afetado pela doença e cujo tratamento efetivo seja o transplante de células-tronco, de acordo com a legislação vigente. Em ambos os casos, o tempo máximo de desenvolvimento de embriões *in vitro* será de 14 dias.

Quanto ao controverso tema da gestação de substituição, a chamada doação temporária do útero, situação em que a mulher se dispõe a suportar uma gravidez por conta de outrem e a entregar a criança após o parto, renunciando aos poderes e deveres próprios da maternidade, a Resolução CFM nº 1.358/1992 já a regulava, estabelecendo que as técnicas de RA poderiam ser usadas para criar uma gestação de substituição, desde que existisse um problema médico que impedisse ou contra indicasse a gestação na doadora genética e desde que o ato de doação temporária do útero não tivesse caráter lucrativo ou comercial, restringindo que as doadoras temporárias do útero deveriam pertencer à família da doadora genética, num parentesco até o segundo grau, sendo os demais casos sujeitos à autorização do Conselho Regional de Medicina.

Com as alterações advindas do reconhecimento da união homoafetiva como entidade familiar, com a Resolução CFM nº 2.013/2013 passou a ser permitida, para além dos casos já anteriormente previstos, a gestação de substituição em caso de união homoafetiva. Essa alteração também modificou o limite do grau de parentesco da doadora temporária de útero, de forma que nos termos da Resolução atualmente em vigor as doadoras temporárias de útero devem pertencer à família de um dos parceiros num parentesco consanguíneo até o quarto grau (primeiro grau – mãe; segundo grau – irmã/avó; terceiro grau – tia; quarto grau – prima), devendo os demais casos estarem sujeitos à autorização do Conselho Regional de Medicina.

Atualmente mantém-se a regra de que a doação temporária de útero não poderá ter caráter lucrativo ou comercial e, agora, nas clínicas de RA, no prontuário do(a) paciente passa a ter que constar os seguintes documentos e observações: 1) termo de consentimento livre e esclarecido informado assinado pelos pacientes e pela doadora temporária do útero, contemplando aspectos biopsicossociais e riscos envolvidos no ciclo gravídico-puerperal, bem como aspectos legais da filiação; 2) relatório médico com o perfil psicológico, atestando adequação clínica e emocional de todos os envolvidos; 3) Termo de Compromisso entre os pacientes e a doadora temporária do útero (que receberá o embrião em seu útero), estabelecendo claramente a questão da filiação da criança; 4) garantia, por parte dos pacientes contratantes de serviços de RA, de tratamento e acompanhamento médico, inclusive por equipes multidisciplinares, se necessário, à mãe que doará temporariamente o útero, até o puerpério; 5) garantia do registro civil da criança pelos pacientes (pais genéticos), devendo esta documentação ser providenciada durante a gravidez e; 6) aprovação do cônjuge ou

companheiro, apresentada por escrito, se a doadora temporária do útero for casada ou viver em união estável.

Ademais, a Resolução CFM nº 2.121/2015 mantém o que já tinha sido estabelecido na Resolução CFM nº 1.957/2010 quanto à regulação da reprodução assistida *post-mortem*, a qual é permitida desde que haja autorização prévia específica do(a) falecido(a) para o uso do material biológico criopreservado, de acordo com a legislação vigente. Por fim, a Resolução atualmente em vigor estabelece uma disposição final definindo que os casos de exceção, não previstos nesta resolução, dependerão da autorização do Conselho Federal de Medicina.

III. A REGULAÇÃO DA PROCRIAÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA EM PORTUGAL

No caso específico de Portugal, a ideia de direitos reprodutivos está presente na Constituição da República Portuguesa no seu art. 67º, nº 2, alíneas d) e e), em que se coloca que incumbe ao Estado para a proteção da família, garantir, no respeito da liberdade individual, o direito ao planeamento familiar, promovendo a informação e o acesso aos métodos e aos meios que o assegurem, e organizar as estruturas jurídicas e técnicas que permitam o exercício de uma maternidade e paternidade conscientes, bem como regulamentar a procriação assistida, em termos que salvaguardem a dignidade da pessoa humana.

Portanto, nos termos da legislação portuguesa utiliza-se a denominação "técnicas de procriação medicamente assistida" (a seguir PMA). No que se refere a essas técnicas, a Lei nº 32/2006, de 26 de julho, foi a primeira a regular, no país, a sua utilização, enquanto método subsidiário, e não alternativo, de procriação. Recentemente, duas leis trouxeram importantes modificações ao texto original do diploma legal, a Lei nº 17/2016, de 20 de junho, que alarga o âmbito das beneficiárias dessas técnicas, e a Lei nº 25/2016, de 22 de agosto, que regula o acesso à gestação de substituição. O Decreto Regulamentar nº 6/2016, de 29 de dezembro, veio regulamentar as alterações trazidas pela Lei nº 17/2016, de 20 de junho, já a regulamentação da Lei nº 25/2016, de 22 de agosto, ainda está pendente.

Nesse sentido, nos termos originais da Lei nº 32/2006, de 26 de julho, a lei aplica-se as seguintes técnicas de PMA: inseminação artificial, fertilização *in vitro*, injeção intracitoplasmática de espermatozoides, transferência de embriões, gametas ou zigotos, diagnóstico genético pré-implantação e outras técnicas laboratoriais de manipulação gamética ou embrionária equivalentes ou subsidiárias. Conforme do art. 3º, as técnicas de PMA devem respeitar a dignidade humana, sendo proibida a discriminação com base no património genético ou no fato de se ter nascido em resultado da utilização de técnicas de PMA.

Nos termos do art. 4º, nº 2, do texto original da Lei nº 32/2006, a utilização das técnicas de PMA só poderiam verificar-se mediante diagnóstico de infertilidade ou em casos de tratamento de doença grave ou de risco de transmissão de doenças de origem genética, infecciosa ou outras. Agora, com a alteração promovida pela Lei nº 17/2016, as técnicas de PMA podem ser utilizadas por todas as mulheres, independentemente do diagnóstico de infertilidade. Ademais, anteriormente, só as pessoas casadas que não se encontrassem separadas judicialmente de pessoas e bens ou separadas de fato ou as que, sendo de sexo diferente, vivessem em condições análogas às dos cônjuges há pelo menos dois anos podiam recorrer a técnicas de PMA. Atualmente, após a Lei nº 17/2016, podem recorrer às técnicas de PMA os casais de sexo diferente ou os casais de mulheres, respectivamente casados ou casadas, ou que vivam em condições análogas às dos cônjuges, bem como todas as mulheres independentemente do estado civil e da respetiva orientação sexual.

Nos termos da lei, já após as alterações, as técnicas de PMA são proibidas para fins de clonagem reprodutiva, para melhoramento de características não médicas do nascituro, designadamente a escolha do sexo, a não ser que haja elevado risco de doença genética ligada ao sexo e para a qual não seja ainda possível a detecção direta por diagnóstico pré-natal ou diagnóstico genético pré-implantação, ou quando seja ponderosa a necessidade de obter grupo HLA (*human leukocyte antigen*) compatível para efeitos de tratamento de doença grave. Ademais, as técnicas de PMA não podem ser utilizadas com o objetivo de originar quimeras ou híbridos, aqueles cujo DNA possui sequências provenientes de mais de uma espécie. Também as técnicas de diagnóstico pré-implantação são proibidas em doenças multifatoriais onde o valor preditivo do teste genético seja muito baixo. O descumprimento de alguma dessas proibições pode acarretar pena de prisão ou multa, nos termos definidos na lei.

O diploma legal na sua forma atual proíbe a criação de embriões através das técnicas de PMA com o objetivo deliberado da sua utilização na investigação científica. É, entretanto, lícita a investigação em embriões com o objetivo de prevenção, diagnóstico ou terapia de embriões, de aperfeiçoamento das técnicas de PMA, de constituição de bancos de células estaminais (células-tronco, no Brasil) para programas de transplantação ou com quaisquer finalidades terapêuticas. A utilização de embriões para investigação cientifica, portanto, supõe que seja razoável esperar que daí possa resultar benefícios para a humanidade, e cada projeto depende de apreciação e decisão do Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (a seguir CNPMA), conselho criado pela Lei nº 32/2006, ao qual compete genericamente, pronunciar-se sobre as questões éticas, sociais e legais da PMA, tendo como atribuições o estabelecimento das condições em que devem ser autorizados os centros onde são ministradas

as técnicas de PMA e onde são preservados gametas ou embriões, bem como fiscalizar o cumprimento da lei nesses centros, e também apreciar, aprovando ou rejeitando, os projetos de investigação que envolvam embriões.

A lei ainda especifica que tipos de embriões podem ser utilizados para efeitos de investigação científica: são embriões criopreservados excedentários, para os quais não exista nenhum projeto parental; embriões cujo estado não permita a transferência ou a criopreservação com fins de procriação; embriões que sejam portadores de anomalia genética grave, prevista no quadro do diagnóstico genético de pré-implantação e também embriões obtidos sem recurso à fecundação por espermatozoide. No caso dos embriões criopreservados excedentários e dos embriões com anomalia genética grave percebida no diagnóstico pré-implantação, a lei estabelece que a utilização para fins investigativos depende do prévio consentimento, expresso, informado e consciente dos beneficiários aos quais se destinavam**.**

A lei prioriza a utilização dos gametas dos beneficiários, entretanto, se não for possível obter gravidez ou gravidez sem doença genética grave com eles, pode-se recorrer a ovócitos, espermatozoides ou embriões doados por terceiros, desde que sejam asseguradas condições eficazes de garantir a qualidade de gametas. Nessas situações, os dadores não podem ser havidos como progenitores da criança que vai nascer.

Dessa forma, nos termos da lei, é proibida a compra ou venda de óvulos, sêmen ou embriões ou de qualquer material biológico decorrente da aplicação de técnicas de PMA, bem como os centros autorizados a ministrar técnicas de PMA não podem, no cálculo da retribuição exigível, atribuir qualquer valor ao material genético doado nem aos embriões doados.

A lei adere ao princípio da decisão médica, ao estabelecer que cabe ao médico responsável propor aos beneficiários a técnica de PMA que, cientificamente, se afigure mais adequada. Mas nenhum profissional de saúde pode ser obrigado a superintender ou a colaborar na realização de qualquer das técnicas de PMA se, por razões médicas ou éticas, entender que não o deve fazer. Essa recusa, entretanto, deve especificar as razões que a motivam.

No que se refere aos direitos dos beneficiários, a lei na sua forma atual estabelece que eles não podem ser submetidos a técnicas que não ofereçam razoáveis probabilidades de êxito ou cuja utilização comporte riscos significativos para a saúde da mãe ou do filho, bem como devem ser corretamente informados sobre as implicações médicas, sociais e jurídicas dos tratamentos propostos, para além de serem informados das condições em que lhes seria possível recorrer à adoção e da relevância social desse instituto. Em todas as situações, devem

ser assistidos em ambiente médico idôneo que disponha de todas as condições materiais e humanas requeridas para a correta execução da técnica aconselhável. Com todo esse arcabouço de informações, os beneficiários devem prestar o seu consentimento livre, esclarecido, de forma expressa e por escrito, perante o médico responsável, sendo que o consentimento é livremente revogável por qualquer dos beneficiários até ao início dos processos terapêuticos de PMA.

Em contrapartida a esses direitos, os beneficiários também têm como deveres, prestar todas as informações solicitadas pela equipe médica ou que entendam ser relevantes para o correto diagnóstico da sua situação clínica e futuro êxito da técnica a se submeter e depois devem observar rigorosamente todas as prescrições da equipe médica. Com o efetivo nascimento de crianças, os beneficiários devem prestar todas as informações relacionadas com a saúde e desenvolvimento delas, a fim de serem globalmente avaliados os resultados médico-sanitários e psicossociológicos dos processos de PMA.

A aplicação das técnicas de PMA rege-se pelo princípio da confidencialidade, de forma que todos aqueles que por alguma forma, tomarem conhecimento do recurso a essas técnicas, ou da identidade de qualquer dos participantes nos respectivos processos, estão obrigados a manter sigilo sobre a identidade dos mesmos e sobre o próprio ato da PMA. Ademais, as pessoas nascidas do uso das técnicas de PMA com recurso a dádiva de gametas ou embriões podem, junto dos serviços de saúde, obter informações de natureza genética que lhes digam respeito, mas não sobre a identificação do doador. Podem, entretanto, informar-se, junto ao CNPMA, sobre a existência de impedimento legal a projetado casamento, mantendo-se a confidencialidade da identidade do doador, exceto se este expressamente o permitir. Fora esta hipótese, a identidade do doador também poderá ser obtida por razões ponderosas reconhecidas por sentença judicial. Em todos os casos, o assento de nascimento não pode conter a indicação de que a criança nasceu da aplicação de técnicas de PMA.

A confidencialidade também é aplicada quanto à conservação dos dados pessoais relativos aos processos de PMA, respectivos beneficiários, doadores e crianças nascidas, em que se aplica a legislação de proteção de dados pessoais e de informação genética pessoal e informação de saúde. Atualmente é o Decreto Regulamentar nº 6/2016, de 29 de dezembro, que especifica o tempo de conservação dos dados, a forma de acesso a eles, bem como quando poderão ser eliminadas as informações contidas nos registros.

Assim, nos termos do decreto regulamentar, os dados relativos à PMA são conservados nos centros de PMA por um período de 30 anos após o final da sua utilização clínica, e caso algum centro de PMA encerre suas atividades antes desse período, deve-se

comunicar ao membro do governo responsável pela área da saúde, com antecedência de seis meses, a fim de se determinar o destino dos dados relativos à PMA bem como aos gametas e embriões criopreservados. Já a informação centralizada no CNPMA acerca do registo de doadores, beneficiários e crianças nascidas, é mantida por um período de 75 anos. Nos termos do decreto, apenas estão autorizados a aceder aos dados relativos à PMA, após o fim da sua utilização clínica, o diretor do centro ou pessoal de saúde por este designado, a não ser que se trate de uma ação de fiscalização da Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, em articulação com o CNPMA, em que os auditores estão autorizados a aceder a esses dados.

De todas as formas, o acesso aos dados relativos à PMA tem finalidade médica, designadamente profilática, de diagnóstico e terapêutica, sendo que para fins de investigação médica é proibido o acesso aos dados pessoais das partes envolvidas, salvo com o consentimento expresso por escrito. Os dados pessoais relativos à PMA podem ser eliminados, por mero decurso do prazo de conservação, por decisão judicial ou a requerimento do beneficiário que tenha revogado o consentimento até ao início dos processos de PMA.

A lei também determina situações específicas para cada uma das técnicas de PMA. No caso da inseminação artificial, o diploma original estabelecia que ela só poderia ocorrer com sêmen de um terceiro doador nos casos em que não se pudesse obter gravidez com o sêmen do marido ou o daquele que vivesse em união de fato com a mulher. Atualmente, com a alteração advinda com a Lei nº 17/2016, em que mulheres em relação homossexual ou solteiras também podem utilizar as técnicas de PMA, a lei apenas diz, no seu artigo 19º, que é permitida a inseminação com sêmen de um dador quando não puder obter-se a gravidez de outra forma.

Essa alteração da lei também promoveu mudanças na determinação de paternidade, atualmente denominada parentalidade. O diploma original dizia que a criança fruto de inseminação artificial era havida como filha do marido ou daquele que estivesse vivendo em união de fato com a mulher inseminada, desde que tenha havido consentimento na inseminação, sem prejuízo da presunção de paternidade estabelecida no art. 1826.º do Código Civil Português. Atualmente, a lei diz que a criança é também havida como filha de quem, com a pessoa beneficiária, tiver consentido no recurso à técnica em causa, nomeadamente a pessoa que com ela esteja casada ou unida de fato, sendo estabelecida a respetiva parentalidade no ato de registro, sendo que, se apenas teve lugar o consentimento da pessoa submetida à técnica de PMA, lavra-se apenas o registro de nascimento com a sua parentalidade estabelecida, sem necessidade de ulterior processo oficioso de averiguação. O

diploma original falava de presunção de paternidade, o atual diz estabelecimento da parentalidade e estabelece que o mesmo pode ser impugnado pela pessoa casada ou que viva em união de fato com a pessoa submetida à técnica de PMA se for provado que não houve consentimento ou que a criança não nasceu da inseminação para que o consentimento foi prestado. Quando se trate de sêmen doado, o doador não pode ser havido como pai da criança que vier a nascer, não lhe cabendo quaisquer poderes ou deveres em relação a ela.

A lei também define as situações de inseminação artificial *post mortem*, proibindo a inseminação da mulher com sêmen do falecido, ainda que este haja consentido no ato de inseminação. É, porém, lícita a transferência *post mortem* de um embrião para permitir a realização de um projeto parental claramente estabelecido por escrito antes do falecimento do pai, decorrido que seja o prazo considerado ajustado à adequada ponderação da decisão. Entretanto, o sêmen que tenha sido recolhido para fins de inseminação, deverá ser destruído se o homem tiver falecido durante o período estabelecido para a conservação do mesmo.

Para a fertilização *in vitro*, a lei estabelece que o número de embriões criados deve ser apenas o necessário para o êxito do processo, bem como 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. Os embriões que não forem transferidos nesse processo devem ser criopreservados, comprometendo-se os beneficiários a utilizá-los em novo processo de transferência embrionária no prazo máximo de três anos, exceto no caso de embriões cuja caracterização morfológica não indique condições mínimas de viabilidade.

Com a alteração da Lei nº 17/2016, em situações devidamente justificadas, os beneficiários podem requerer ao diretor do centro para alargar o prazo de criopreservação dos embriões em mais 3 anos. Decorrido o prazo normal de 3 anos ou o prazo prolongado, podem os embriões ser doados a outras pessoas beneficiárias cuja indicação médica de infertilidade o aconselhe, ou então doados para investigação científica sendo necessário para tal procedimento o consentimento dos beneficiários originários ou do que seja sobrevivo. Consentida a doação, sem que nos 6 anos subsequentes ao momento da criopreservação os embriões tenham sido utilizados por outras pessoas beneficiárias ou em projeto de investigação, podem os mesmos ser descongelados e eliminados, por determinação do diretor do centro. Se não for consentida a doação, logo que decorrido qualquer um dos prazos, seja o de 3 anos ou o período prolongado de 6 anos, podem os embriões ser descongelados e eliminados, por determinação do diretor do centro, comunicada previamente CNPMA.

No que se refere à fertilização *post mortem* e a fertilização com gametas de doador, a lei diz que aplica-se o mesmo que nos casos de inseminação artificial. À injeção

intracitoplasmática de espermatozoides, à transferência de embriões, gametas ou zigotos e a outras técnicas laboratoriais de manipulação gamética ou embrionária equivalentes ou subsidiárias aplica-se, com as necessárias adaptações, o disposto quanto à fertilização *in vitro.*

Quanto à técnica de diagnóstico genético pré-implantação (a seguir DGPI), a lei estabelece que a técnica tem como objetivo a identificação de embriões não portadores de anomalia grave, antes da sua transferência para o útero da mulher, através do recurso a técnicas de PMA, ou quando haja a necessidade de obter grupo HLA compatível para efeitos de tratamento de doença grave. No entanto, devem ser usadas técnicas de DGPI que tenham reconhecido valor científico considerado pelo CNPMA.

Enquanto a Lei nº 17/2016 trouxe como alteração principal a ampliação do rol de beneficiárias das técnicas de PMA, a lei nº 25/2016 teve como principal papel regular o acesso à gestação de substituição. No texto original da Lei nº 32/2006, a à época denominada maternidade de substituição era vista como um negócio jurídico nulo, seja ele de caráter gratuito ou oneroso, e a mulher que suportasse uma gravidez de substituição era havida, para todos os efeitos legais, como a mãe da criança que viesse a nascer. Com a alteração promovida pela Lei nº 25/2016, embora com o mesmo sentido, passa-se a utilizar o termo gestação de substituição e se estabelece que os negócios jurídicos desse tipo de gestação são possíveis a titulo excepcional e com natureza gratuita, nos casos de ausência de útero, de lesão ou de doença deste órgão que impeça de forma absoluta e definitiva a gravidez da mulher, ou em situações clínicas que o justifiquem, sendo tal celebração negocial precedida de autorização do CNPMA, a qual é sempre antecedida de audição da Ordem dos Médicos.

A gestação de substituição só pode ser autorizada através de uma técnica de PMA com recurso aos gametas de, pelo menos, um dos respectivos beneficiários, não podendo a gestante de substituição, em caso algum, ser a doadora de qualquer ovócito usado no concreto procedimento em que é participante. É proibido o pagamento ou doação de qualquer bem ou quantia dos beneficiários à gestante de substituição, exceto o valor correspondente às despesas decorrentes do acompanhamento de saúde efetivamente prestado, bem como não é permitida a celebração de negócio jurídico de gestação de substituição quando existir uma relação de subordinação econômica, nomeadamente de natureza laboral ou de prestação de serviços, entre as partes envolvidas.

A celebração de negócios jurídicos de gestação de substituição é feita através de contrato escrito, estabelecido entre as partes, supervisionado pelo CNPMA, onde devem constar obrigatoriamente, as disposições a observar em caso de ocorrência de malformações ou doenças fetais e em caso de eventual interrupção voluntária da gravidez. Este contrato não

pode impor restrições de comportamentos à gestante de substituição, nem impor normas que atentem contra os seus direitos, liberdade e dignidade.

Ademais, é aplicável à gestação de substituição, com as devidas adaptações, o disposto no art. 14º quanto ao consentimento livre e esclarecido, e a lei estabelece que devem os beneficiários e a gestante de substituição ser ainda informados, por escrito, do significado da influência da gestante de substituição no desenvolvimento embrionário e fetal. Os direitos e deveres previstos na lei também se aplicam aos beneficiários e à gestante de substituição, sendo que a criança que nascer através do recurso à gestação de substituição é tida como filha dos respectivos beneficiários.

A lei estabelece que os negócios jurídicos desse tipo de gestação são possíveis a título excepcional e com natureza gratuita para situações especificadas na lei, sendo, portando, nulos os negócios jurídicos onerosos de gestação de substituição, bem como os gratuitos que desrespeitem o disposto na lei, havendo para ambos os casos punição legal. A lei também define que quem promover a celebração de contratos de gestação de substituição, bem como quem retirar benefício econômico da celebração desses contratos ou da sua promoção é punido com pena de prisão, sendo a tentativa também é punível.

Atualmente, a Lei nº 25/2016 ainda aguarda regulamentação, a Lei nº 17/2016, por sua vez, já foi regulada pelo Decreto Regulamentar nº 6/2016,de 29 de dezembro, o qual pretende concretizar um acesso às técnicas de PMA sem exclusão, assegurando uma prestação de serviços adequada, segura e não discriminatória.

Dessa forma, o Decreto Regulamentar nº 6/2016 sublinha a importância de dotar os Centros Públicos de PMA de condições adequadas para enfrentar um aumento da utilização destas técnicas, assegurando-se, designadamente, um maior acesso a gametas de doadores terceiros, de forma a gerar uma maior capacidade de resposta no setor público. Nos termos do Decreto Regulamentar, a aplicação das técnicas de PMA só podem ser ministradas em Centros de PMA, públicos ou privados, devidamente autorizados pelo Ministério da Saúde, depois de ouvido o CNPMA, bem como estabelece que na aplicação das técnicas deve privilegiar-se a inseminação artificial, a não ser que exista uma razão clínica que fundamente a utilização de uma outra técnica de PMA. No caso de casais mulheres, a decisão relativa ao membro do casal que é submetido à inseminação artificial ou fertilização *in vitro* cabe ao casal, a não ser que haja uma razão clínica ponderosa que não aconselhe a realização da técnica de PMA a essa mulher.

Independentemente do beneficiário da técnica, caso o diretor do centro de PMA entenda que se mostra necessário realizar uma avaliação psicológica prévia à aplicação das

técnicas de PMA deve o mesmo declará-lo ao beneficiário, não podendo essa avaliação ser realizada sem o consentimento prévio deste último e deve ser feita por médico especialista em psiquiatria ou por psicólogo clínico. É lícito o diretor do centro de PMA não autorizar a aplicação das técnicas de PMA caso o beneficiário se recuse a realizar a avaliação psicológica prévia prevista.

Segundo o Decreto Regulamentar, o recurso às técnicas de PMA no Serviço Nacional de Saúde (a seguir SNS) é efetuado pelos cuidados de saúde primários ou nas suas entidades hospitalares para os Centros de PMA, sendo os procedimentos prescritos considerados como atos prestados no âmbito do planeamento familiar para efeitos da aplicação de taxas moderadoras**.** Ademais no SNS não é permitido ao casal de mulheres submeter-se em simultâneo a tratamentos de PMA. No que se refere à garantia de igualdade de tratamento para os diferentes beneficiários das técnicas de PMA o decreto estabelece que é proibida a existência de tempos de espera distintos para os tratamentos de PMA, sem prejuízo das prioridades estabelecidas com base em critérios objetivos de gravidade clínica.

IV. ANÁLISE COMPARATIVA DAS REGULAÇÕES NO BRASIL E EM PORTUGAL

A partir do exposto, cumpre-nos agora, analisar comparativamente as regulamentações apresentadas a fim de verificar, dentro do campo das principais questões bioéticas e jurídicas do cenário contemporâneo, em que medida a Resolução CFM nº 2.121/2015 e a Lei n.º 32/2006 com as suas respectivas atualizações respondem a essas questões e atendem aos avanços da ciência e às necessidades da sociedade. Considerando a diferença quanto ao uso do termo, no Brasil utiliza-se reprodução assistida (RA) e em Portugal, procriação medicamente assistida (PMA), por questões de coerência textual, adotamos na análise comparativa o termo reprodução assistida (RA) para nos referirmos a ambos os casos.

Primeiramente, há de se considerar um importante elemento de diferenciação entre a regulação da RA nos dois países e que é objeto de grande crítica pelos profissionais médicos, juristas e legisladores brasileiros: a ausência de uma legislação oficial quanto ao tema no Brasil. Embora, em termos temporais, a regulação da RA tenha acontecido antes no Brasil, tendo em vista a primeira resolução do CFM ser de 1992 (Resolução CFM nº 1.358/1992), e a primeira lei sobre RA em Portugal datar de 2006 (Lei nº 32/2006), em termos de garantias de direitos, é inegável que a existência de normas jurídicas estabelecidas em um diploma legislativo tem maior caráter vinculativo, bem como gera maior promoção dos direitos ali

estabelecidos, seja aos beneficiários das técnicas, seja em relação aos profissionais que as aplicam, uma vez que as Resoluções do CFM são estabelecidas como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos, definindo normas éticas para a utilização das técnicas de RA e não normas legais que posteriormente possam ser alegadas em sede judicial. No entanto, não se pode retirar o mérito das Resoluções do CFM que, na medida da competência que é atribuída ao Conselho, têm permitido regular a prática médica quanto às técnicas de RA de forma a se garantir o respeito aos princípios éticos e bioéticos para que se possa ter maior segurança e eficácia nesses procedimentos.

No que toca ao propósito de harmonizar as demandas das sociedades pela utilização das técnicas de reprodução com os avanços da ciência nesse setor e os princípios éticos, bioéticos com as normas jurídicas respectivas, os dois países, nas suas regulamentações, adotam posições semelhantes quanto a determinados temas referentes à RA. Primeiramente, visando não haver um uso desmedido das técnicas, nos dois países estabelece-se o princípio de que devem ser usadas técnicas que ofereçam probabilidades razoáveis de sucesso e que não coloquem em risco a saúde da paciente e do seu futuro descendente, sendo proibida a fecundação que não vise a procriação, sendo que a lei portuguesa delimita a proibição do uso das técnicas para clonagem reprodutiva ou para exclusivo fim investigativo. Em ambos os países fica determinada a proibição do uso das técnicas para escolher o sexo da criança, exceto quando essa escolha for necessária para evitar doenças de origem genética.

As técnicas de RA são usualmente conhecidas pela grande possibilidade de gerar gravidez múltipla, de forma que, para tentar evitá-la, a Resolução do CFM atualmente em vigor no Brasil define um número máximo de ovócitos ou embriões a serem transferidos para a receptora conforme a sua idade e estabelece que, ocorrendo gravidez múltipla, está proibida a redução embrionária. Já a legislação portuguesa não define uma quantidade limite de ovócitos ou embriões a serem transferidos, apenas estabelecendo que se deve ter em conta a situação clínica do casal e a indicação geral de prevenção da gravidez múltipla, deixando aberta ao profissional a escolha da quantidade de embriões a transferir à receptora.

Este é um dos pontos criticados na legislação portuguesa, bem como o fato dela não estabelecer uma idade limite para as beneficiárias das técnicas, uma vez que visando atender ao princípio apresentado na lei de não utilização de técnicas que não ofereçam razoáveis probabilidades de êxito ou que comportem riscos à receptora ou ao seu filho e, tendo em conta que apesar dos avanços da ciência, ainda se tem presente que quanto mais avançada a idade da mulher, maiores os riscos na gravidez, é necessário definir um limite etário para o acesso a essas tecnologias a fim de se respeitar os valores éticos que as guiam.

Nesse aspecto, a Resolução do CFM em vigor traz um importante contributo no qual se espelhar, uma vez que, para além de definir a quantidade de embriões consoante a idade da receptora, também estabelece como idade máxima para utilização das técnicas de RA a idade de 50 anos. Ademais, visando garantir maior qualidade e eficácia na utilização das técnicas, a Resolução estabelece também uma idade limite para os doadores de gametas, o que a legislação portuguesa não faz.

No que se refere à doação de gametas ou embriões, nos dois países ela é permitida contanto que não tenha caráter lucrativo, sendo que a lei portuguesa prioriza o uso dos gametas daqueles que se beneficiarão das técnicas. As diferenças entre as regulações do Brasil e de Portugal, neste aspecto, residem essencialmente quanto ao sigilo da identidade dos doadores. Ambos os países baseiam-se no princípio da confidencialidade da identidade dos doadores de gametas e embriões, bem como dos seus receptores, entretanto, estabelecem diferentes exceções. Na Resolução do CFM, apenas em situações especiais as informações dos doadores podem ser fornecidas, mas apenas para os médicos e devendo ser resguardada a identidade civil do(a) doador(a). Já a legislação portuguesa em vigor permite um leque mais abrangente de exceções e, no caso, não exclusivamente ao médico, mas também às pessoas nascidas pela utilização da técnica. Assim, podem essas pessoas obter informações de natureza genética do(a) doador(a), permanecendo em sigilo a sua identidade civil, sendo que esta só pode ser divulgada quando o(a) doador(a) permitir ou quando houver sentença judicial que assim determine.

Neste aspecto, a lei portuguesa define respostas mais detalhadas quanto ao tema que enfrenta bastante discussão referente ao direito à identidade genética, uma vez que, prezando pelo sigilo da identidade civil do doador, permite, entretanto, à pessoa nascida de uma técnica de RA o conhecimento quanto as suas informações genéticas sem com isso incompatibilizar a sua filiação afetiva.

Com isso, importante analisar o tratamento dado pelos dois países quanto à definição da parentalidade. A Resolução CFM nº 2.121/2015 não define essa questão, ficando a cargo do Código Civil Brasileiro, no seu art. 1597, estabelecer que presumem-se concebidos na constância do casamento os filhos havidos, a qualquer tempo, quando se tratar de embriões excedentários, decorrentes de concepção artificial homóloga, nos termos do inciso IV, bem como os filhos havidos por inseminação artificial heteróloga (quando o esperma é doado por terceira pessoa), desde que tenha prévia autorização do marido, nos termos do inciso V. A Lei nº 32/2006 na sua versão atual, por sua vez, estabelece que o doador não pode ser havido como pai da criança que vier a nascer, não lhe cabendo quaisquer poderes ou deveres em

relação a ela, sendo esta havida como filha da beneficiária e de quem com ela tiver consentido no recurso à técnica em causa.

Nesse sentido, importante entender como cada um dos países define quem são as pessoas que podem ser beneficiárias, pacientes, utilizadores das técnicas de RA. Como visto, no Brasil, na primeira Resolução do CFM, apenas mulheres podiam se submeter às técnicas de RA, mas com a Resolução CFM nº 1.957/2010, estabeleceu-se um âmbito amplo de beneficiários das técnicas, uma vez que todas as pessoas capazes que tenham solicitado o procedimento e cuja indicação não se afaste dos limites da resolução podem ser receptoras das técnicas de RA. Com a Resolução CFM nº 2.013/2013, o termo "todas as pessoas capazes" ganhou ainda maior delimitação com a determinação de que é permitido o uso das técnicas de RA para relacionamentos homoafetivos e pessoas solteiras, respeitado o direito da objeção de consciência do médico. Atualmente, nos termos da Resolução CFM nº 2.121/2015, acrescentou-se ainda a permissão da gestação compartilhada em união homoafetiva feminina em que não exista infertilidade.

Na legislação portuguesa, entretanto, desde a publicação da Lei nº 32/2006 até a alteração trazida pela Lei nº 17/2016, apenas as mulheres casadas ou que vivessem em condições análogas às dos cônjuges há pelo menos dois anos e que tivessem um diagnóstico de infertilidade, precisassem de tratamento de doença grave ou que tivessem o risco de transmissão de doenças de origem genética, infecciosa ou outras, podiam se submeter às técnicas de RA. Com a Lei nº 17/2016, entretanto, as técnicas passaram a poder ser utilizadas por todas as mulheres independentemente do estado civil e da respetiva orientação sexual, bem como, em todos os casos, independentemente do diagnóstico de infertilidade.

A análise do âmbito dos beneficiários das técnicas de RA permite analisar o grau de igualdade garantido pelas regulações sobre o assunto. Assim, tanto no Brasil, quanto em Portugal, inicialmente, às técnicas eram de uso exclusivo das mulheres, sendo que em Portugal ainda havia a restrição de serem mulheres casadas ou em condições análogas às dos cônjuges há pelo menos dois anos. Entretanto, as demandas das sociedades têm forte influência neste tema, de forma que para se garantir uma harmonização entre os princípios da bioética e o princípio da igualdade material e a não discriminação de gênero, tornou-se cada vez mais inevitável conferir acesso às técnicas de RA a todas as mulheres. Dessa forma, atualmente, os dois países, cada um a sua medida, garantem, pelo menos formalmente, um acesso mais igualitário a essas técnicas, uma vez que em termos práticos, o acesso às mesmas, principalmente quanto ao fornecimento das técnicas pelo setor público, dependerá da capacidade de resposta do Estado na área da saúde.

Ademais, no que toca à igualdade de acesso e a promoção da dignidade humana em tempos em que a noção de entidade familiar ganha cada vez mais nuances, é importante analisar comparativamente como Brasil e Portugal regulam a gestação de substituição. Neste ponto, os dois países têm uma trajetória bastante distinta uma da outra. Enquanto no Brasil, a gestação de substituição é permitida desde a primeira Resolução do CFM, em Portugal, ela era proibida nos termos originais da Lei nº 32/2006, passando a ser permitida apenas em 2016, com a Lei nº 25/2016, de 22 de agosto, que, entretanto, ainda não está regulamentada por Decreto. Assim, atualmente ambos os países permitem a gestação de substituição e definem que a mesma não pode ter caráter lucrativo ou comercial, primando pela gratuidade do procedimento e pela voluntariedade das partes, mas cada país estabelece aspectos diferentes na regulação desse tipo de gestação. Portugal passou a permiti-la, mas apenas a título excepcional nos casos de ausência de útero, de lesão ou doença deste órgão que impeça de forma absoluta e definitiva a gravidez ou em situações clínicas que o justifiquem, já no Brasil, ela é permitida quando haja um problema médico que impeça ou contra indique a gestação, mas também é permitida nos casos de união homoafetiva.

Quanto às partes envolvidas, Portugal ressalva que o gameta a ser utilizado tem de ser de pelo menos um dos beneficiários, não podendo a gestante ser doadora do ovócito, mas nada estabelece quanto ao vínculo desta para com os beneficiários. A Resolução CFM nº 2.121/2015, por sua vez, estabelece que a doadora do útero deve pertencer à família de um dos beneficiários em parentesco consanguíneo até o quarto grau. Para ambas as regulações, há necessidade de consentimento livre, informado e esclarecido a ser prestado por escrito pelas partes, devendo ficar estabelecida que a filiação da criança é dos beneficiários, bem como, embora seja um procedimento de caráter gratuito, define-se a necessidade dos beneficiários garantirem as despesas do acompanhamento de saúde da gestante. No que se refere aos problemas que possam advir desse tipo de gestação, a Resolução CFM nº 2.121/2015 apenas define que no termo de consentimento a ser prestado pelas partes devem ficar esclarecidos os aspectos biopsicossociais e os riscos envolvidos no ciclo gravídico-puerperal. Já na versão atual da Lei nº 32/2006, define-se que deve haver um contrato escrito entre as partes, a ser supervisionado pelo CNPMA, no qual devem constar disposições quanto à ocorrência de malformações ou doenças e em caso de interrupção voluntária da gravidez.

Assim, podemos constatar que a Resolução CFM nº 2.121/2015, ao permitir a gestação de substituição em relações homoafetivas, traz um rol mais amplo de beneficiários do procedimento, entretanto, embora a atual Lei nº 32/2006 não preveja esta hipótese expressamente, muitos questionam se a expressão “ausência de útero” constante na lei não

poderia abarcar tal possibilidade. Ademais, em ambas as regulações, é muito criticada a ausência de regulação de uma questão central que envolve o tema: as consequências de uma possível desistência da doadora do útero de entregar a criança ao final do processo, uma vez que, embora se trate de um contrato de caráter gratuito, em que as partes devem obedecer o que ficou pactuado, tal contrato envolve algo muito mas abrangente do que um mero produto ou serviço, posto tratar-se de uma criança, cujo processo de gestação envolve relevantes aspectos biopsicossociais e afetivos. No caso de Portugal, como ainda se aguarda o decreto regulamentar referente às alterações trazidas pela Lei nº 25/2016, entende-se que muitos desses pontos em aberto poderão ser melhor esclarecidos na respectiva regulamentação, já no que toca ao Brasil, voltamos ao principal problema da ausência de lei para regular as técnicas de RA no país, de forma que, defende-se a apreciação dessas questões nos projetos de lei sobre o tema.

Nesse sentido, importante apontar uma outra diferença entre os dois países, a qual tem fundamento justamente no fato de em Portugal haver uma lei e no Brasil uma resolução: a criminalização das situações de gestação de substituição que não cumpram com os requisitos. Em Portugal, quem celebrar contratos de gestação de substituição a título oneroso, ou a título gratuito, mas fora do estabelecido na lei, bem como quem promover ou retirar benefício econômico desse tipo de contrato, é punido nos termos da lei em multa ou até mesmo com pena de prisão. No Brasil, posto tratar-se de uma regulação feita por Resolução do CFM, não há competência para se estabelecer crime, o que deixa em aberto a punição dos casos que não cumpram com os princípios éticos da Resolução, prejudicando a proteção das partes envolvidas no polêmico processo de gestação de substituição.

V. CONCLUSÃO

Dessa forma, a partir da análise detalhada da atual regulação das técnicas de reprodução assistida/procriação medicamente assistida no Brasil e em Portugal, constatamos que, nos dois países, os princípios da bioética, da ética médica e do direito constituem-se como fundamentos essenciais para a regulação de um tema que exige continuamente atualizações consoante os avanços da ciência nesta área e as demandas de uma população em que a noção de entidade familiar passa a ter novos contornos reconhecidos, bem como na qual é cada vez maior a tendência em adiar a atividade reprodutiva.

Com suas respectivas regulações, cada um a sua maneira, Brasil e Portugal buscam responder a essas necessidades de forma a garantir de forma igualitária, livre, autônoma e

digna os direitos das partes envolvidas nas técnicas de RA, muito embora quando se trate de questões que envolvem manipulação genética e alteração dos meios tradicionais de dar origem à vida, não se encontre consenso fácil, de forma que tais regulações estão em contínuo processo de debate e alterações, como podemos constatar na mudança estrutural ocorrida através da Lei nº 25/2016 que transformou, em Portugal, a gestação de substituição de um negócio jurídico nulo para um negócio jurídico possível.

E justamente por ser um tema de significativa complexidade, envolvendo caros valores para a sociedade, é que se critica e questiona a ausência de uma legislação brasileira a respeito. É fato que muitos dos projetos de lei atualmente em análise no Congresso Nacional Brasileiro assim se encontram devido à forte relutância das bancadas políticas com vinculação religiosa em definir uma lei sobre o tema. No entanto, a utilização das técnicas de RA são uma realidade inescapável, sendo as Resoluções do CFM uma resposta necessária a ela. Todavia, mesmo constatando-se a relevância dessas resoluções na garantia de práticas éticas pelos médicos e na promoção do recurso às técnicas de forma segura e eficaz para os usuários, o fato de serem normas de caráter deontológico não lhes permitem a formalidade jurídica que, em muitos casos, é essencial para a garantia efetiva dos direitos das pessoas ali envolvidas.

Dessa forma, diante da forma que atualmente as técnicas de RA estão reguladas nos dois países, concluímos que, a fim de se respeitar os princípios bioéticos e jurídicos que envolvem o tema, é premente o estabelecimento de uma legislação quanto às técnicas de RA no Brasil, bem como da regulamentação das importantes alterações trazidas pela Lei nº 25/2016 à Lei nº 32/2006, em Portugal, para, assim, se definir com o necessário rigor a proteção dos direitos envolvidos. Afinal, estamos tratando de situações jurídicas complexas que, por envolverem distintos interesses, como os da ciência, os das partes em si, os do Estado e os da sociedade como um todo, necessitam de um arcabouço ético e legal consistente que, embora não esgote todas as nuances do tema, seja capaz de lhes dar respostas que equilibrem esse jogo de demandas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Sandrina Maria Araújo, e OLIVEIRA, Clara Costa. **Reprodução medicamente assistida: questões bioéticas**. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n1/a08v22n1.pdf>. Acesso em: 03 abril 2017.

ASCENSÃO, José de Oliveira. **A Lei n.º 32/2006, sobre procriação medicamente assistida**. Revista da Ordem dos Advogados, Ano 67, 2007.

BESSA, Marta Raquel Ribeiro. **A densificação dos princípios da bioética em Portugal. Estudo de caso: a atuação do CNECV**. 2013. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/71440>. Acesso em: 04 abril 2017.

BRASÍLIA. **Resolução CFM nº 1.957/2010**, de 15 de dezembro de 2010. Diário Oficial da República, Brasília, DF, 06 de janeiro de 2011, Seção I, p. 79. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1957_2010.pdf>. Acesso em: 05 maio 2017.

BRASÍLIA. **Resolução CFM nº 2.013/2013**, de 16 de abril de 2013. Diário Oficial da República, Brasília, DF, 09 de maio de 2013, Seção I, p. 119. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2013/2013_2013.pdf>. Acesso em: 06 maio 2017.

BRASÍLIA. **Resolução CFM nº 2.121/2015**, de 16 de julho de 2015. Diário Oficial da República, Brasília, DF, 24 de setembro de 2015, Seção I, p. 117. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2015/2121_2015.pdf>. Acesso em: 06 maio 2017.

DINIZ, Débora. **Bioética e Gênero**. 2008. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/68/71>. Acesso em: 15 dez. 2016.

MOTTA, Kátia Borges. **Direitos reprodutivos, direitos humanos e bioética: repercussões éticas e jurídicas do projeto monoparental feminino**. 2007. Disponível em: <http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/2399>. Acesso em: 12 abril 2017.

OLIVEIRA, Fátima. **Biotecnologias de procriação e bioética**. 1998. Disponível em: <http://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/2188>. Acesso em: 03 jan. 2017.

PORTUGAL. **Decreto Regulamentar nº 6/2016**, de 29 de dezembro de 2016. Diário da República n.º 249/2016, Série I de 2016-12-29. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/105643546/details/maximized>. Acesso em: 15 fev. 2017.

PORTUGAL. **Lei nº 32/2006**, de 26 de julho de 2006. Diário da República n.º 143/2006, Série I de 2006-07-26. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/34529775/view?consolidacaoType=Lei&consolidacaoTag=Sa%C3%BAde> . Acesso em: 12 fev.2017.

PORTUGAL**. Lei nº 17/2016**, de 20 de junho de 2016. Diário da República n.º 116/2016, Série I de 2016-06-20. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/74738646/details/maximized?p_auth=57fsVbIR>. Acesso em: 12 fev. 2017.

PORTUGAL. **Lei nº 25/2016**, de 22 de agosto de 2016. Diário da República n.º 160/2016, Série I de 2016-08-22. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/75177806/details/maximized?p_auth=ACkOg2kA>. Acesso em: 13 fev. 2017.

RAPOSO, Vera Lúcia e, PEREIRA, André Dias. **Primeiras notas sobre a lei portuguesa de procriação medicamente assistida (Lei n.º 32/2006, de 26 de julho)**. Lex Medicinae, n.º 6, 2006.

SANTOS, Agostinho de Almeida, RENAUD, Michel, CABRAL, Rita Amaral. **Relatório procriação medicamente assistida**. Lisboa: Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 2004.

SÃO PAULO. **Resolução CFM nº 1.358/1992**, de 11 de novembro de 1992. Diário Oficial da República, Brasília, DF, 19 de novembro de 1992, Seção I, p. 16053. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1992/1358_1992.pdf>. Acesso em: 05 maio 2017.

SCHIOCCHET, Taysa, e CARLOS, Paula Pinhal de. **A necessária interface entre gênero, bioética e direitos humanos: o emponderamento das mulheres frente às novas biotecnologias**. 2006. Disponível em: <https://www.academia.edu/11466401/A_necess%C3%A1ria_interface_entre_g%C3%AAnero_bio%C3%A9tica_e_direitos_humanos_o_empoderamento_das_mulheres_frente_%C3%A0s_novas_biotecnologias?auto=download>. Acesso em: 14 jan. 2017.

SILVA, Jaylla Maruza Rodrigues de Souza e. **Reprodução Assistida entre mulheres homossexuais.** 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/9301/1/JAYLLA%20MARUZA%20RODRIGUES%20DE%20SOUZA%20E%20SILVA.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2017.

VIEIRA, Fernanda Bittencourt. **As tecnologias de reprodução: discursos sobre Maternidade e paternidade no campo da reprodução assistida no Brasil.** 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/se/v23n3/a14v23n3.pdf>. Acesso em: 19 abril 2017.