

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Inês Sofia Lopes Pereira

**TESTES GENÉTICOS PRÉ-IMPLANTAÇÃO**  
Implicações Ético-Jurídicas No Ordenamento  
Jurídico Português

Dissertação no âmbito do Mestrado em Ciências Jurídico-  
Forenses, orientada pelo Professor Doutor André Gonçalo Dias  
Pereira e apresentada à Faculdade de Direito da Universidade de  
Coimbra.

Julho de 2023



FACULDADE DE DIREITO  
UNIVERSIDADE DE  
COIMBRA

Inês Sofia Lopes Pereira

## TESTES GENÉTICOS PRÉ-IMPLANTAÇÃO

Implicações Ético-Jurídicas no Ordenamento Jurídico Português

*PREIMPLANTATION GENETIC TESTING*

*Ethical and Juridical Considerations in the Portuguese Law*

Dissertação no âmbito do 2.º Ciclo de Estudos em Direito (conducente ao grau de Mestre),  
na área de Especialização em Ciência Jurídico-Forenses, orientada pelo Professor Doutor  
André Gonçalo Dias Pereira e apresentada à Faculdade de Direito da Universidade de  
Coimbra.

Coimbra, Julho de 2023

*Aos meus pais,  
a quem devo tudo.*

## **AGRADECIMENTOS**

---

Em primeiro lugar, deixo o meu maior agradecimento à Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, que foi casa nos últimos seis anos, pelo papel importantíssimo que desempenhou na minha formação académica e por me desafiar continuamente a ir além daquilo que achava ser possível.

Ao Sr. Professor Doutor André Gonçalo Dias Pereira, a quem deixo o meu comovido e sincero obrigado, por prontamente aceitar ser o meu orientador, por toda a confiança que depositou em mim, pela liberdade intelectual que me proporcionou, e por se ter mostrado sempre disponível, no decorrer deste percurso, para me transmitir o seu infundo conhecimento e esclarecer todas as minhas incertezas.

A toda a minha família, mas acima de tudo, aos meus pais que me concederam a oportunidade de materializar este sonho de estudar em Coimbra, por acreditarem incondicionalmente em mim e por serem incansáveis, sempre disponíveis para me acolher e amparar nos bons e, principalmente, nos maus momentos.

Finalmente, um especial agradecimento a todos os meus amigos e amigas, que me acompanharam ao longo destes anos, por serem o meu maior suporte, por me fazerem sempre sorrir e por me lembrarem, nos dias mais difíceis, daquilo de que sou capaz.

A todos, o meu incomensurável e sempre insuficiente, OBRIGADO.

## RESUMO

---

Os consecutivos progressos científicos nas áreas da genética e da medicina reprodutiva estimulam, cada vez mais, o surgimento de novas técnicas de procriação medicamente assistida e de novos meios de diagnóstico. Entre estas técnicas, integram-se os testes genéticos pré-implantação, que têm como objetivo primordial identificar anomalias genéticas e cromossômicas graves em embriões *in vitro*, antes de serem transferidos para o útero materno. Como tal, este procedimento desempenha um papel absolutamente essencial na prevenção de doenças graves, devolvendo aos casais em risco de as transmitir a possibilidade de uma descendência saudável.

Conscientes da relevância crescente da temática, procuramos, no desenrolar desta dissertação, refletir detalhadamente sobre as implicações ético-jurídicas e os desafios subjacentes aos testes genéticos pré-implantação. Entre as inúmeras questões eticamente sensíveis destacam-se, nesta sede, os problemas inerentes à seleção embrionária e ao estatuto jurídico do embrião humano; à seleção de características não médicas, nomeadamente o sexo; à legitimidade, no nosso ordenamento jurídico, do “bébé-medicamento” ou “*savior sibling*”; e ao destino dos embriões excedentários criados inevitavelmente no decorrer do procedimento. Por fim, abordamos a problemática do consentimento informado e o instituto da responsabilidade civil, bem como, o acesso às técnicas de PMA no SNS e no setor privado.

Paralelamente, analisamos a projeção jurisprudencial do tema e as soluções consagradas na Lei da Procriação Medicamente Assistida que, desde 2006, regula o regime aplicável aos testes genéticos pré-implantação.

**Palavras-chave:** Teste Genético Pré-Implantação; Procriação Medicamente Assistida; Seleção Embrionária; Embrião; Doença Genética; Lei da PMA.

## ABSTRACT

---

The scientific progress in the fields of genetics and reproductive medicine is increasingly stimulating the emergence of new techniques in medically assisted procreation. Among these techniques, preimplantation genetic testing plays a fundamental part in identifying severe genetic and chromosomal abnormalities in *in vitro* embryos before they are transferred to the womb. As such, this procedure plays an absolutely essential role in the prevention of serious diseases, giving couples at risk of transmitting them the possibility of having a healthy offspring.

Aware of the growing relevance of this topic, in this study we aim to reflect in detail on the ethical and juridical implications and challenges underlying preimplantation genetic testing. Among the numerous ethically sensitive issues, we highlight the embryo selection and the legal status of the human embryo; the selection of non-medical traits, such as sex; the legitimacy, within our legal system, of the "savior sibling", and the fate of surplus embryos. Finally, we address the issue of informed consent and the institute of civil responsibility, as well as access to assisted reproductive techniques in the national health service and the private sector.

Parallel to this, we analyze the solutions established in the Medically Assisted Procreation Law, which has regulated the regime applicable to preimplantation genetic testing since 2006, and the jurisprudential projection of the subject, namely within the scope of the decision of the Portuguese Constitutional Court n.º 101/2009, of april 1st.

**Key-words:** Preimplantation Genetic Testing; Medically Assisted Procreation; Embryo Selection; Embryo; Genetic Disease; Medically Assisted Procreation Law.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

---

<b>aCGH</b>	<i>Array Comparative Genomic Hybridization</i>
<b>ADN/DNA</b>	Ácido Desoxirribonucleico / <i>Deoxyribonucleic Acid</i>
<b>Al.</b>	Alínea
<b>Art.</b>	Artigo
<b>CC</b>	Código Civil
<b>Cf.</b>	Confrontar
<b>CNECV</b>	Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida
<b>CNPMA</b>	Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida
<b>CP</b>	Código Penal
<b>CRP</b>	Constituição da República Portuguesa
<b>DGPI</b>	Diagnóstico Genético Pré-Implantação
<b>DPN</b>	Diagnóstico Pré-Natal
<b>ESHRE</b>	<i>European Society of Human Reproduction and Embryology</i>
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>FIV</b>	Fertilização <i>In Vitro</i>
<b>HFEA</b>	<i>Human Fertilisation and Embryology Authority</i>
<b>HLA</b>	<i>Human Leukocyte Antigen</i>
<b>ICSI</b>	Microinjeção Intracitoplasmática de Espermatozoides
<b>LPMA</b>	Lei da Procriação Medicamente Assistida
<b>MDT</b>	<i>Mitochondrial Donation Treatment</i>
<b>NGS</b>	<i>Next Generation Sequencing</i>
<b>P.</b>	Página
<b>PCR</b>	<i>Polymerase Chain Reaction</i>
<b>PGS</b>	<i>Preimplantation Genetic Screening</i>
<b>PGT</b>	<i>Preimplantation Genetic Testing</i>
<b>PGT-A</b>	<i>Preimplantation Genetic Testing for Aneuploidy</i>

<b>PGT-M</b>	<i>Preimplantation Genetic Testing for Monogenic Diseases</i>
<b>PGT-SR</b>	<i>Preimplantation Genetic Testing for Chromosomal Structural Rearrangements</i>
<b>PMA</b>	Procriação Medicamente Assistida
<b>SNS</b>	Serviço Nacional de Saúde
<b>STJ</b>	Supremo Tribunal de Justiça
<b>TC</b>	Tribunal Constitucional
<b>TRL</b>	Tribunal da Relação de Lisboa
<b>Vol.</b>	Volume



# ÍNDICE

---

AGRADECIMENTOS.....	3
RESUMO.....	5
<i>ABSTRACT</i> .....	6
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS .....	7
ÍNDICE .....	9
INTRODUÇÃO.....	12
CAPÍTULO I: OS TESTES GENÉTICOS PRÉ-IMPLANTAÇÃO.....	13
1. Enquadramento Científico e Considerações Iniciais .....	13
2. Delimitação Conceitual e Técnica.....	17
3. As limitações inerentes ao procedimento .....	19
4. Diferenças e Semelhanças com o Diagnóstico Pré-Natal .....	20
CAPÍTULO II: Os Testes Genéticos Pré-Implantação no Quadro Legal Português .....	22
CAPÍTULO III: O Acesso aos Testes Genéticos Pré-Implantação.....	26
CAPÍTULO IV: O Consentimento Informado e o Instituto da Responsabilidade Civil em sede de PGT .....	28
1. Contextualização do Problema.....	28
2. <i>Wrongful Birth e Wrongful Life</i> .....	29
3. A Posição da Doutrina e Jurisprudência Portuguesas .....	30
CAPÍTULO V: Breve Roteiro pelo Estatuto Jurídico do Embrião .....	34
CAPÍTULO VI: A legitimidade do Bebé-Medicamento na Ordem Jurídica Portuguesa .....	38
1. Embriões HLA-Compatíveis .....	38
2. Apreciação do Tema pelo Tribunal Constitucional.....	41

CAPÍTULO VII: Seleção do Sexo com Recurso a Testes Genéticos Pré-Implantação.....	43
1. Motivos para a Seleção do Sexo do Embrião.....	43
2. Duas Perspetivas Antagónicas .....	45
3. A Posição do Tribunal Constitucional .....	49
CAPÍTULO VIII: O Conceito Indeterminado de Doença Grave .....	50
CAPÍTULO IX: Seleção Embrionária .....	53
1. Dificuldades em Torno da Seleção de Embriões .....	53
2. Seleção Embrionária Invertida .....	56
3. Seleção de Características Não Médicas – As <i>Frivolous Choices</i> .....	57
CAPÍTULO X: Embriões Excedentários .....	60
1. Que Destino? .....	60
2. Doação Embrionária .....	61
3. Investigação Embrionária .....	62
4. Destrução dos Embriões .....	64
CAPÍTULO XI: Uma Antevisão do Futuro .....	66
SÍNTESE CONCLUSIVA .....	68
BIBLIOGRAFIA .....	69
WEBGRAFIA .....	79
JURISPRUDÊNCIA .....	80

*“Pela nova genética é possível ter algum futuro na mão, já hoje.  
A análise do genoma faz a descoberta do que ainda não é mas já está escrito.”*

***Luís Archer***

*Da Genética à Bioética, 2006*

## INTRODUÇÃO

---

Até há poucas décadas toda a reprodução humana resultava exclusivamente do envolvimento sexual, deste modo, os casais tinham de estar preparados para a imprevisibilidade da “lotaria natural”<sup>1</sup>. Presentemente, o progresso tecnológico e científico na medicina e, particularmente, na medicina obstetrícia veio alterar consideravelmente esta realidade e desafiar as noções básicas de procriação, parentalidade e família. As novas técnicas de procriação medicamente assistida permitem, cada vez mais, controlar e influenciar o início da vida humana.

Conscientes da importância dos testes genéticos pré-implantação nesta nova conjuntura, e certos de que dificilmente se conseguirá chegar a soluções pacíficas, tentaremos, ao longo dos próximos capítulos, expor as diferentes perspectivas da doutrina relativamente a esta temática e às suas implicações no plano ético-jurídico.

Assim, num primeiro momento procuraremos delimitar conceitual e tecnicamente os testes genéticos pré-implantação, bem como, aludir às suas limitações e diferenças relativamente a outras formas de diagnóstico pré-natal. Posteriormente, refletiremos sobre o regime jurídico da Lei n.º 32/2006, de 26 de julho que regula a utilização das técnicas de PMA no nosso país.

Atentaremos também, no âmbito deste trabalho, à problemática do consentimento informado, ao instituto da responsabilidade civil e às ações por *wrongful life* e *wrongful birth*. Da mesma forma, abordaremos as questões relativas ao estatuto jurídico do embrião humano; à seleção de embriões e de características não médicas, como o sexo da futura criança; e à legitimidade do bebé-medicamento no nosso ordenamento jurídico, acompanhando sempre de perto a posição da jurisprudência nacional sobre o tema, nomeadamente no âmbito do acórdão do Tribunal Constitucional n.º 101/2009, de 1 de abril.

Terminamos este percurso reflexivo com algumas considerações relativamente ao destino dos embriões excedentários, e aos desafios inerentes aos novos desenvolvimentos nas áreas da genética e da medicina reprodutiva que num futuro próximo deverão exigir do direito uma resposta ponderada.

---

<sup>1</sup> ROBERTSON, John A., *Children of Choice: Freedom and The New Reproductive Technologies*, 1994, p.3.

# CAPÍTULO I

## Os Testes Genéticos Pré-Implantação

### 1. Enquadramento Científico e Considerações Iniciais

Foi com Gregor Mendel, o pai da genética moderna, que em 1865 se ficou a conhecer o modo como determinadas características são transmitidas à descendência. Este investigador realizou incontáveis experiências com ervilheiras de jardim, e identificou duas formas distintas de transmissão hereditária, a dominante e a recessiva. As regras que estabelecem este específico modo de transmissão hereditária, posteriormente intituladas Leis de Mendel, regulam os mecanismos essenciais da hereditariedade monogénica<sup>2</sup>.

Ainda que à época os resultados obtidos por Mendel tenham permanecido no esquecimento, vindo apenas a ser republicados 35 anos mais tarde, o certo é que as suas notáveis descobertas abriram a porta ao vertiginoso progresso que veio a ocorrer durante o século XX e que culminou, em 1953, com a apresentação ao mundo, por James Watson e Francis Crick, da disposição em dupla hélice do ADN através de um modelo construído em metal. O ADN localiza-se nos cromossomas, e é a molécula que constitui o próprio genoma, e que contém os genes. Estes são “uma sequência da cadeia nucleotídica de DNA portadora de informação biológica”<sup>3</sup>, e, ensina João Loureiro, atuam “como um mecanismo de hereditariedade e influenciam o desenvolvimento dos organismos”<sup>4</sup>.

Grande foi o salto entre estas admiráveis conquistas e os dias de hoje. Com o sistemático aprofundamento dos estudos em genética e a progressiva sequenciação/mapeamento do genoma, nomeadamente no âmbito do Projeto do Genoma Humano<sup>5</sup>, passou “a ser possível conhecer o amanhã”<sup>6</sup>. Estes avanços científicos impulsionaram largamente o desenvolvimento de novos campos de investigação em genética

---

<sup>2</sup> Sobre a história e o desenvolvimento da genética cf. SANTOS, Heloísa G. / PEREIRA, André Dias, *Genética para todos, De Mendel à Revolução Genómica do século XXI: a prática, a ética, as leis e a sociedade*, 2019, p.63-83.

<sup>3</sup> REGATEIRO, Fernando J., *Manual de Genética Médica*, 2007, p.20.

<sup>4</sup> LOUREIRO, João Carlos, *Constituição e Biomedicina: Contributo para uma teoria dos deveres bioconstitucionais na esfera da genética humana – Vol. II*, 2003, p.591.

<sup>5</sup> O Projeto do Genoma Humano, essencialmente coordenado e financiado pelos EUA com o apoio de largas centenas de cientistas de outros cinco países teve início em 1990, e tinha como principais objetivos a sequenciação e o mapeamento da totalidade do genoma humano.

<sup>6</sup> BARBAS, Stela Marcos de Almeida, *Direito ao Património Genético*, 2006, p.203.

médica e de modernos meios de diagnóstico, incrementando progressivamente a relevância atribuída à prevenção, ao diagnóstico precoce e ao tratamento de doenças genéticas ou cromossômicas.

A espécie humana compartilha praticamente a totalidade do seu material genético, sendo que apenas 0,1% nos distingue e é responsável pelas diferenças e particularidades de cada um de nós. Nas palavras de Guilherme de Oliveira “Genoma é o conjunto de todo o material genético contido nos cromossomas de cada organismo, sabendo-se que todas as células desse organismo contêm essa informação genética”<sup>7</sup>. Uma célula somática, dita diploide, é composta por 46 cromossomas, ordenados em 22 pares de autossomas e 1 par de cromossomas sexuais (XX no caso das mulheres e XY no caso dos homens). Em alternativa, os gâmetas são células haploides, isto é, possuem somente 23 cromossomas, sendo um deles o cromossoma sexual, e formam-se através de um processo apelidado de meiose. Ao longo deste processo podem surgir anomalias nos cromossomas, formando embriões poliploides ou aneuploides. No caso das aneuploidias, consoante os cromossomas envolvidos, estas podem ou não ser compatíveis com o desenvolvimento do embrião.

Como esclarece Alberto Barros, “numa concepção espontânea, cerca de 50% dos embriões têm anomalias cromossômicas graves, as quais, apesar de toda a eficácia da seleção natural, estão ainda representadas em cerca de 0,4% dos recém-nascidos, contribuindo para a frequência global de malformações congénitas que é, ainda, e de forma perturbadora, de 2 a 4%”<sup>8</sup>. Destarte, o desejo de evitar estas doenças e malformações, e de uma melhor descendência<sup>9</sup> tem possibilitado e ampliado o surgimento de novas técnicas de medicina reprodutiva que vieram devolver a esperança a muitos casais infecundos e, simultaneamente, alargar as fronteiras a casais do mesmo sexo, ou até mesmo a mulheres solteiras, que até há

---

<sup>7</sup> OLIVEIRA, Guilherme de, “Implicações Jurídicas do Conhecimento do Genoma”, in *Temas de Direito da Medicina*, 2005, p.115.

<sup>8</sup> BARROS, Alberto, “O Embrião em risco”, in *A Ética e o Direito no Início da Vida Humana* (coord. por Rui Nunes e Helena Pereira de Melo), 2001, p.156.

<sup>9</sup> PEREIRA, André Dias, *Direitos dos Pacientes e Responsabilidade Médica*, 2015, p.203.

poucos anos se viam impedidos de exercer os seus direitos reprodutivos<sup>10/11</sup>. Assistindo-se, hodiernamente, “à dissociação de dualismos que considerámos durante séculos inseparáveis: a procriação desprende-se do sexo e a fecundação autonomizou-se da gestação”<sup>12</sup>.

Os mais recentes avanços das ciências biomédicas e, em particular, das técnicas de PMA que têm aumentado consideravelmente “o poder dos progenitores de controlar (e até quem sabe, de moldar) a sua descendência”<sup>13</sup>, obrigam a uma reflexão profunda sobre as questões ético-jurídicas levantadas, às quais é imperativo tentar dar uma resposta. Neste sentido, deverá sempre caber ao direito o desígnio de traçar os limites e desenhar as fronteiras entre o que deve ser considerado benéfico ou contrário aos princípios reguladores da nossa sociedade.

Entre estas técnicas, enquadram-se os testes genéticos pré-implantação, objeto fundamental do nosso estudo. Estes vieram permitir “abreviar ainda mais o período de latência entre a concepção de um novo ser humano e a possibilidade de se efectuar um diagnóstico genético preciso com elevada probabilidade de sucesso”<sup>14</sup>. O entendimento do papel desempenhado pela genética em algumas doenças e a consciencialização para os riscos reprodutivos, em virtude de uma maior testagem e do notório adiamento da parentalidade, têm conduzido ao aumento do número de solicitações para a realização deste tipo de procedimento, com o propósito de garantir uma descendência cada vez mais saudável.

De facto, os testes genéticos pré-implantação são já uma prática estabelecida e disponibilizada em muitos países, dentro e fora da Europa<sup>15</sup>. Inobstante, dada a brevidade a que teremos de nos restringir, procuraremos analisar e refletir, ao longo dos próximos

---

<sup>10</sup> Inicialmente, a Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, no seu artigo 6.º previa apenas como beneficiários as pessoas de sexo diferente casadas ou a viver em união de facto há pelo menos 2 anos. Só 10 anos mais tarde, em 2016, a Lei n.º 17/2016, de 20 de junho, veio alterar as disposições constantes do artigo 6.º, estipulando que “Podem recorrer às técnicas de PMA os casais de sexo diferente ou os casais de mulheres, respetivamente 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”.

<sup>11</sup> Classificando a reprodução como um direito fundamental, 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*, 2014, p.108-123; *Idem*, “Direitos Reprodutivos”, in *Lex Medicinæ*, 2005, p.111-131; OLIVEIRA, Guilherme de, “Beneficiários da Procriação Assistida”, 2005, p.34; SANCHEZ, Yolanda Gomez, *El Derecho a la Reproduccion Humana*, 1994, p.39-76.

<sup>12</sup> RAPOSO, Vera Lúcia, *O Direito à Imortalidade*, p.380.

<sup>13</sup> FIGUEIREDO, Eduardo António da Silva, *Desagrilhoar Prometeu? Direito(s), Genes e Doença(s): Desafios Constitucionais na Era da Engenharia Genética*, 2020, p.106.

<sup>14</sup> NUNES, Rui, *Questões Éticas do Diagnóstico Pré-Natal da Doença Genética*, 1995, p.5.

<sup>15</sup> Cf. <https://fertilityeurope.eu/atlas/>.

capítulos, os principais problemas em torno desta técnica no quadro do ordenamento jurídico nacional.

Por fim, e antes de qualquer outra consideração sobre o tema, é importante ressaltar que o Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (doravante CNPMA), deliberou, em novembro de 2021, que “a evolução das técnicas de genética molecular e a necessidade de a nomenclatura traduzir mais rigorosamente a informação obtida no estudo embrionário pré-implantação levou a comunidade científica a substituir as designações de diagnóstico genético pré-implantação (DGPI) e de rastreio de aneuploidias pré-implantação pela designação mais abrangente de teste genético pré-implantação (PGT), seguido de abreviatura da alteração pesquisada”<sup>16</sup>. Todavia, no âmbito desta dissertação, e por questões de praticidade, quando se afigure necessário, utilizar-se-ão os conceitos de forma equivalente.

---

<sup>16</sup> Deliberação disponível para consulta em:  
[https://www.cnpma.org.pt/profissionais/Documents/CNPMA%20DeliberacaoPGT\\_2021.pdf](https://www.cnpma.org.pt/profissionais/Documents/CNPMA%20DeliberacaoPGT_2021.pdf)



## 2. Delimitação Conceitual e Técnica

O teste genético pré-implantação é uma das técnicas de PMA que maior controvérsia gera e pode definir-se como um procedimento muito precoce de diagnóstico pré-natal<sup>17</sup>, sendo utilizado na deteção de anomalias genéticas ou cromossómicas, com o objetivo de transferir para o útero materno embriões que não padeçam de deformidades graves. Este avançado meio de diagnóstico apenas pode ser aplicado em conjugação com outras técnicas de Procriação Medicamente Assistida, porquanto exige os mesmos procedimentos de estimulação ovárica e colheita de ovócitos aplicados à Fertilização in Vitro (FIV), que serão, posteriormente, fecundados através de uma microinjeção intracitoplasmática (ICSI)<sup>18</sup> de espermatozoides.

Após a fertilização é imprescindível a recolha de material biológico para análise e, sem implicar danos para o embrião<sup>19</sup>, podem ser utilizados três meios na colheita das respetivas células: a remoção de glóbulos polares em ovócitos e zigotos (esta primeira técnica apenas permite a recolha e análise de ADN materno, pelo que é essencialmente utilizada quando o problema genético em estudo tem origem exclusivamente materna); biópsia de um ou dois blastómeros em embriões com cerca de três dias de desenvolvimento; e por fim, a biópsia, já na fase de blastocisto quando o embrião já se encontra no quinto ou sexto dia de desenvolvimento embrionário<sup>20</sup>. Recolhido o material biológico procede-se, em seguida, ao seu estudo através de técnicas de genética molecular como a *polymerase chain reaction* (PCR), e mais recentemente a *array comparative genomic hybridization* (aCGH), ou ainda a *next generation sequencing* (NGS)<sup>21</sup>.

O atual desenvolvimento deste método de diagnóstico não garante, até ao momento, a formação de fetos 100% saudáveis, em virtude de apenas ser possível detetar um número

---

<sup>17</sup> Definição disponível em <https://www.cnpma.org.pt/>.

<sup>18</sup> DONDORP, Wybo / WERT, Guido de, “Refining the ethics of preimplantation genetic diagnosis: A plea for contextualized proportionality”, in *Bioethics*, 2018, p. 294-301.

<sup>19</sup> Por esta altura do desenvolvimento embrionário as células são ainda totipotentes e, como tal, podem dar origem a qualquer tecido celular. Deste modo, a remoção de algumas células não prejudica o desenvolvimento do embrião.

<sup>20</sup> Veja-se, a este respeito, BARROS, Alberto, “Procriação medicamente assistida”, in *Direito da Saúde – Estudos em Homenagem ao Prof. Doutor Guilherme de Oliveira*, 2016, p.126; REGATEIRO, Fernando J., *Manual de Genética Médica*, p.426; TELES, Natália Oliva, “Diagnóstico Genético Pré-Implantação: Aspectos Técnicos e Considerações Éticas”, in *Acta Médica Portuguesa*, 2011, p.987-996.

<sup>21</sup> CHEN, Hsin-Fu et al. “Preimplantation genetic diagnosis and screening: Current Status and future challenges” in *Journal of the Formosan Medical Association*, 2018, p.94-100.

limitado de enfermidades. Não obstante, estima-se que por permitir descartar prematuramente embriões anormais, reduza em 95% a probabilidade de um casal portador transmitir à descendência a doença genética despistada<sup>22</sup>. Assim, no domínio dos testes genéticos pré-implantação (na sigla inglesa, PGT) é possível detetar, com elevada fiabilidade, anomalias cromossómicas estruturais, por meio de PGT-SR (*Preimplantation Genetic Testing for Chromosomal Structural Rearrangements*); doenças monogénicas com elevado risco de morbidade e mortalidade, com recurso a PGT-M (*Preimplantation Genetic Testing for Monogenic diseases*); e por fim, ainda que alvo de maior controvérsia no seio da comunidade científica, a utilização de PGT-A (*Preimplantation Genetic Testing for Aneuploidy*) ou PGS (*Preimplantation Genetic Screening*)<sup>23</sup> quando se pretenda rastrear aneuploidias, isto é, irregularidades no número de cromossomas.

Em todo o caso, a realização de testes genéticos pré-implantação a doenças monogénicas (PGT-M) e anomalias cromossómicas estruturais (PGT-SR) está sempre condicionada à orientação e parecer de médico especialista, bem como ao reconhecimento do valor científico das técnicas utilizadas para o diagnóstico, tratamento ou prevenção de doenças genéticas graves, como tal consideradas pelo CNPMA. Existem, no entanto, algumas situações para as quais está dispensado o pedido de autorização prévio, exigindo-se, todavia, a realização de uma consulta preliminar de aconselhamento genético com especialista em Genética Médica<sup>24</sup>. Quanto ao Rastreio de Aneuploidias Pré-Implantação (PGS ou PGT-A) não é necessário pedido de autorização prévio desde que a técnica utilizada permita o estudo da totalidade dos cromossomas e se verifique o preenchimento de pelo menos uma das indicações estipuladas pelo CNPMA<sup>25</sup>.

---

<sup>22</sup> REGATEIRO, Fernando J., *Manual de Genética Médica*, 2007, p.425.

<sup>23</sup> A aplicação desta técnica tem como finalidade reduzir as taxas de aborto espontâneo e, conseqüentemente, aumentar as probabilidades de êxito das técnicas de PMA em pacientes com abortamentos repetidos ou consecutivos insucessos na implantação de embriões por meio de FIV/ICSI. Para maiores desenvolvimentos relativamente às limitações e aos problemas levantados pelo rastreio de aneuploidias pré-implantação consultar BREZINA, Paul R. / KE, Raymond W. / KUTTEH, William H., “Preimplantation Genetic Screening: A Practical Guide”, in *Clinical Medicine Insights: Reproductive Health*, 2013, p.37-42; e REIS, Rafael Vale e, *Procriação Medicamente Assistida: gestação de substituição, anonimato do dador e outros problemas*, 2022, p.114-115.

<sup>24</sup> Cf. <https://www.cnpma.org.pt/cidadaos/Paginas/Testes-geneticos-de-diagnostico.aspx>.

<sup>25</sup> As indicações são: a) Idade feminina avançada; b) Insucessos repetidos de implantação embrionária após FIV/ICSI; c) Abortamentos clínicos de repetição de causa desconhecida; d) Gestação anterior com anomalia cromossómica de número ou anomalia estrutural desequilibrada; e) Realização de biopsia embrionária já autorizada para PGT-M.

### 3. As limitações inerentes ao procedimento

Como todos os avanços científicos e técnicos, os testes genéticos pré-implantação encerram riscos inevitáveis. Neste sentido, a probabilidade de erro de diagnóstico, apesar de relativamente baixa, não está totalmente excluída.

Uma das principais limitações desta técnica prende-se com o facto de apenas poder ser retirado ao embrião *in vitro* um reduzido número de células. Com efeito, poderão surgir casos de mosaicismo, isto ocorre quando a célula escolhida aleatoriamente para o diagnóstico não é representativa das características genéticas do embrião que, devido a uma mutação, possui dois códigos genéticos distintos<sup>26</sup>. Consequentemente, a análise de apenas uma ou duas células poderá conduzir a resultados enganosos, levando à transferência de embriões que afinal padecem da anomalia que se pretendia evitar, ou pelo contrário, a descartar embriões saudáveis.

Outro dos limites dirigidos ao procedimento “é a possível diminuição da taxa de gravidez por ciclo de microinjeção intracitoplasmática”<sup>27</sup>, uma vez que o número de embriões disponíveis para transferência é substancialmente reduzido em virtude da exclusão daqueles que padecem de anomalias genéticas.

Contudo, estas limitações não devem constituir razão suficiente para que se perspetive uma diminuição da prática de testes genéticos pré-implantação. Porquanto estes são um importante mecanismo de prevenção da doença genética e da sua transmissão às gerações futuras<sup>28</sup>.

---

<sup>26</sup> TELES, Natália Oliva, “Diagnóstico Genético Pré-Implantação: Aspectos Técnicos e Considerações Éticas”, p.990-991.

<sup>27</sup> BARROS, Alberto, “Procriação medicamente assistida”, in *Direito da Saúde*, p.126.

<sup>28</sup> *Ibidem*.

#### 4. Diferenças e Semelhanças com o Diagnóstico Pré-Natal

O despacho da Ministra da Saúde n.º 5411/97 (DR II.ª Série), de 6 de agosto<sup>29</sup> define diagnóstico pré-natal como o “conjunto de procedimentos com o objectivo de avaliar se um embrião ou feto é portador de uma determinada anomalia congénita”, neste sentido compreende uma finalidade informativa na medida em que pretende confirmar a existência de uma anomalia genética, cromossómica ou morfológica no nascituro e, paralelamente, uma finalidade terapêutica porquanto o diagnóstico precoce pode facilitar a escolha e aplicação de um eventual tratamento, mesmo *in utero*<sup>30</sup>.

O DPN pode operar por meio de técnicas que permitam a visualização da estrutura do embrião ou feto, como a embrioscopia, a fetoscopia ou a ecografia. Por outro lado, pode servir-se de técnicas de extração e análise de material biológico para chegar ao diagnóstico, como é o caso, *inter alia*, da amniocentese, da biópsia fetal, biópsia das vilosidades coriônicas ou análises ao sangue da mãe. Sob outra perspectiva, podemos classificar a atuação em DPN mediante técnicas não invasivas, minimamente invasivas ou invasivas, sendo por intermédio destas últimas que operam os testes genéticos pré-implantação<sup>31</sup>.

Apesar de compartilharem o mesmo desígnio, o diagnóstico pré-natal e os testes genéticos pré-implantação, são realidades incontestavelmente distintas<sup>32</sup>. O DPN partilha com os PGT a finalidade de identificar e, posteriormente, descartar os embriões ou fetos que padeçam de anomalias cromossómicas, morfológicas ou genéticas graves. Todavia, ao passo que o DPN atua sobre embriões ou fetos que se encontram no útero materno, os PGT atuam sobre embriões fertilizados *in vitro* e, como tal, em fases muito precoces do seu desenvolvimento. Como salienta Vera Lúcia Raposo “daqui derivam diferenças substanciais no que toca à valoração ético-jurídica de ambas as técnicas”, porquanto nem tudo o que é aceite face a um embrião *in vitro* será aceite quando aplicado a um feto ou embrião que já se encontre no útero materno<sup>33</sup>.

---

<sup>29</sup> Acessível em <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/5411-2166701>.

<sup>30</sup> FEMENÍA LÓPEZ, Pedro, *Status Jurídico del Embrión Humano, con Especial Consideración al Concebido In Vitro*, 1999, p.56.

<sup>31</sup> SGRECCIA, Elio, *Manual de Bioética: Fundamentos e Ética Médica*, 2009, p.426-449.

<sup>32</sup> Veja-se, a este propósito HOLM, Søren, “Ethical Issues in Pre-implantation Diagnosis”, in *The Future of Human Reproduction: Ethics, Choice, and Regulation*, 1998, p.180-182.

<sup>33</sup> RAPOSO, Vera Lúcia, *O Direito à Imortalidade*, p.924-926; *Idem*, “Pode trazer-me o menu, por favor? Quero escolher o meu embrião – Os múltiplos casos de seleção de embriões em sede de diagnóstico genético pré-implantação”, in *Lex Medicinæ*, 2007, p.63-64.

No que respeita às consequências que poderão advir de um diagnóstico desfavorável em DPN e PGT, as mesmas também divergem diametralmente. No caso dos testes genéticos pré-implantação as anomalias detetadas implicam, unicamente, a não transferência dos embriões criados *in vitro* para o útero materno. Em contrapartida, o DPN pode levar à necessidade de recorrer à interrupção da gravidez em fases muito mais avançadas do desenvolvimento embrionário ou fetal<sup>34</sup>. A nosso ver esta é uma das grandes vantagens dos testes genéticos pré-implantação, pois ao permitirem identificar precocemente anomalias em embriões não nidados, evitam, em caso de diagnóstico desfavorável, que os beneficiários desta prática venham a suportar uma futura interrupção da gravidez, ou até abortamentos espontâneos motivados pela inviabilidade dos embriões. Estes, por já se encontrarem no útero materno corporizam uma realidade muito mais estreita e iminente, e, por conseguinte, mais penosa nos casos em que não se chega a materializar.

Por fim, é altamente recomendado que os resultados do teste genético pré-implantação sejam confirmados por DPN aos embriões selecionados e implantados no útero materno, uma vez que embora os riscos de erro de diagnóstico sejam baixos, não está excluída essa possibilidade, pelo que estas duas formas de diagnóstico devem ser usadas em complementaridade de modo a assegurar os melhores resultados possíveis<sup>35</sup>.

---

<sup>34</sup> O Código Penal prevê, no seu artigo 142.º n.º 1, al. c), a possibilidade de realizar uma interrupção da gravidez, estabelecendo a sua não punibilidade nos casos em que “Houver seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, excepcionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo”. Esta é a chamada indicação embriopática ou fetopática.

<sup>35</sup>Cf. <https://cgrabarros.pt/teste-genetico-pre-implantacao/>.

## CAPÍTULO II

### Os Testes Genéticos Pré-Implantação no Quadro Legal Português

A CRP, consagra no seu artigo 36.º, sob a égide dos direitos, liberdades e garantias, que todos têm o direito de constituir família em condições de plena igualdade. Posteriormente, a redação do artigo 67.º, n.º 1 da Lei Fundamental reconhece que a família, como elemento essencial da comunidade, “tem direito à protecção da sociedade e do Estado e à efectivação de todas as condições que permitam a realização pessoal dos seus membros”. Neste sentido, ensina Guilherme de Oliveira, incumbe ao Estado “a obrigação constitucional de organizar os instrumentos de combate à esterilidade, e de permitir o acesso dos indivíduos aos novos meios da procriação assistida”<sup>36</sup>. Esta obrigação encontra-se expressamente estipulada, desde 1997<sup>37</sup>, na alínea e) do supracitado artigo, nos termos da qual pertence ao Estado o encargo de “regulamentar a procriação assistida, em termos que salvaguardem a dignidade da pessoa humana”.

Não obstante, durante largos anos existiu em Portugal um vazio legislativo no âmbito das novas técnicas de PMA. Apesar de o primeiro “bebé-proveta” ter nascido em 1986, a verdade é que estas técnicas só foram formalmente reguladas em 2006, aquando da publicação, a 26 de julho, da Lei da Procriação Medicamente Assistida<sup>38</sup>. Este diploma legal veio definir o regime jurídico a aplicar à utilização de técnicas de reprodução assistida, entre elas o DGPI, conforme se prevê logo na alínea e) do n.º 1 do artigo 2.º.

As técnicas de PMA são um método subsidiário de procriação, e de acordo com o disposto no artigo 4.º, n.º 2 do diploma, devem ser exclusivamente utilizadas nos casos em que se verifique diagnóstico de infertilidade e necessidade de tratamento de doença grave ou do risco de transmissão de doenças de origem genética, infecciosa ou outras. Assim, no que diz respeito aos testes genéticos pré-implantação em particular, devem apenas ser destinados “a pessoas provenientes de famílias com alterações que causam morte precoce ou doença grave, quando exista risco elevado de transmissão à sua descendência”<sup>39</sup>.

---

<sup>36</sup> OLIVEIRA, Guilherme de, “Aspetos Jurídicos da Procriação Medicamente Assistida”, in *Temas de Direito da Medicina*, p.5-16.

<sup>37</sup> Cf. Lei n.º 1/97, de 20 de setembro.

<sup>38</sup> Cf. Lei n.º 32/2006, de 26 de julho.

<sup>39</sup> Cf. art. 29.º n.º 1 da Lei da PMA.

A lei dedica, ulteriormente, um capítulo autónomo a esta técnica de reprodução assistida, e estabelece logo no artigo 28.º n.º 1 que o DGPI “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 para os efeitos previstos no n.º 3 do artigo 7.º”. O n.º 2 estabelece ainda a possibilidade de aplicação do “rastreamento genético de aneuploidias nos embriões a transferir com vista a diminuir o risco de alterações cromossómicas”<sup>40</sup>, fazendo assim aumentar as possibilidades de um resultado favorável das técnicas de reprodução assistida.

Da leitura combinada destes dois artigos é possível depreender que no atual quadro legal português são atribuídos quatro propósitos distintos aos testes genéticos pré-implantação: detetar embriões não portadores de anomalias graves; rastrear aneuploidias; obter grupo HLA compatível para efeitos de tratamento de doença grave; e por fim, a escolha do sexo do embrião nos casos em que haja risco elevado de doença genética ligada ao sexo, que não seja passível de detetar diretamente. Em todo o caso, e conforme o artigo 29.º n.º 2 do diploma legal, as indicações médicas específicas para a realização de testes genéticos pré-implantação devem ser sempre determinadas pelas boas práticas correntes e constar das recomendações das organizações profissionais nacionais e internacionais da área, sendo revistas periodicamente.

Relativamente aos dois últimos propósitos elencados no parágrafo anterior, e que posteriormente se irão aprofundar, é importante referir que ambos constituem exceções à redação do n.º 2 do artigo 7.º, que prevê especificamente a proibição da utilização das técnicas de PMA para o melhoramento de características não médicas do nascituro, entre as quais se inclui a escolha do sexo. Disposição que aliás é conforme aos artigos 13.º e 14.º da já previamente ratificada Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina<sup>41</sup>.

Em acrescento, o legislador estabeleceu expressamente a proibição da aplicação das técnicas de diagnóstico genético pré-implantação a casos de doenças multifatoriais onde o valor preditivo do teste genético seja muito baixo<sup>42</sup>. O mesmo entendimento é partilhado

---

<sup>40</sup> Corresponde ao já mencionado Rastreamento de Aneuploidias Pré-Implantação (PGT-A ou PGS).

<sup>41</sup> SILVA, Paula Martinho da / COSTA, Marta, *A Lei da Procriação Medicamente Assistida Anotada: (E Legislação Complementar)*, 2011, p.47.

<sup>42</sup> Cf. art. 7.º n.º 5 da Lei da PMA.

pelo CNECV, no seu parecer sobre “Diagnóstico Genético Pré-Implantação” de 2007<sup>43</sup>, que classifica esta prática como “eticamente inaceitável”. No entanto, esta solução legislativa não deixa de ser questionada, na medida em que uma interpretação extensiva da norma poderá abrir a porta à aplicação destas técnicas a doenças multifatoriais no caso de, *a contrario sensu*, os testes genéticos preditivos virem a revelar elevada eficácia, não existindo, por conseguinte “um repúdio de princípio” face a esta possibilidade<sup>44</sup>.

Por fim, no entendimento de André Dias Pereira e Vera Lúcia Raposo, a Lei da PMA deve ser considerada, em termos gerais, um diploma “equilibrado e representativo dos valores dominantes na sociedade portuguesa”, uma vez que “patenteia humildade face à ciência, remetendo muitas soluções concretas para o “estado da arte” da ciência” e para o Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida. Mostrando-se, contudo, “intransigente nos princípios jurídicos estruturantes do ordenamento jurídico, tais como a dignidade humana, a não discriminação e a proibição do lucro com base em produtos biológicos de origem humana”<sup>45</sup>.

Todavia, as soluções legislativas consagradas no diploma não estão isentas de crítica<sup>46</sup>, tendo sido suscitada, inclusive, a fiscalização da constitucionalidade da Lei e, em particular, dos artigos 28.º e 29.º que regulam os testes genéticos pré-implantação. Os requerentes alegaram que o “diagnóstico se destina à produção de seres humanos seleccionados segundo qualidades pré-estabelecidas, constituindo uma manipulação contrária à dignidade, integridade e identidade única e irrepetível do ser humano, violadora dos artigos 25.º, 26.º, 67.º, e 68.º da Lei Fundamental”<sup>47</sup>.

O Tribunal Constitucional veio apreciar este pedido no Acórdão n.º 101/2009, de 1 de abril, acabando por concluir que “relativamente à consideração de que o DGPI permite fazer seleção de embriões em função de características genéticas, deve ter-se em linha de conta que a técnica de PMA tem sempre como objectivo prevenir uma doença”. Deste modo,

---

<sup>43</sup> Veja-se a este propósito o parecer n.º 51/CNECV/07.

<sup>44</sup> RAPOSO, Vera Lúcia / PEREIRA, André Dias, “Primeiras Notas sobre a Lei Portuguesa de Procriação Medicamente Assistida (Lei n.º 32/2006, de 26 de Julho)” in *Lex Medicinæ*, 2007, p.94-95.

<sup>45</sup> *Ibidem*, p.89-90.

<sup>46</sup> A este propósito veja-se a apreciação de OLIVEIRA ASCENSÃO, José de, “A Lei N.º 32/06, sobre procriação medicamente assistida”, in *Revista da Ordem dos Advogados*, 2007; e, mais recentemente, MAGALHÃES, David, “A muito limitada Protecção Jurídica do Nascituro: De um Código Civil Viscoso ao Roe V. Wade à Portuguesa e ao «Dever de Abortar»”, *Boletim da Faculdade de Direito*, 2019, p.283-336.

<sup>47</sup> Cf. Acórdão n.º 101/2009, de 1 de abril, disponível em <http://www.tribunalconstitucional.pt/tc/acordaos/>.



“o que não é admissível para aumentar a felicidade de terceiros, pode sê-lo para minorar o sofrimento de cada um”, quer isto dizer que “o DGPI não é admissível para escolher características subjetivamente consideradas desejáveis pelos pais, mas é legítimo para prevenir uma doença grave (e, portanto, objetivamente indesejável) do nascituro”.

Ademais, “a aplicação do DGPI está subordinada a um rigoroso princípio de subsidiariedade, encontrando-se condicionada, desse modo, por fortes razões de interesse público ligadas à protecção da saúde”. Por conseguinte, deverá “entender-se que o DGPI é uma técnica de PMA de aplicação restrita, orientado para a detecção de anomalias genéticas graves, que permite diminuir os casos de abortamento e de nascimento de pessoas com doenças graves. A escolha de embriões resultante do DGPI é, assim, compatível com a dignidade da pessoa humana”, e não viola, por esse motivo, as disposições da CRP<sup>48</sup>.

---

<sup>48</sup> *Ibidem*.

## CAPÍTULO III

### O Acesso aos Testes Genéticos Pré-implantação

O acesso aos testes genéticos pré-implantação é habitualmente determinado por dois fatores principais: o estatuto legal vigente no ordenamento jurídico em causa; e, atendendo aos elevados custos da técnica, se a mesma é financiada pelo Estado. Em Portugal, o acesso a técnicas de reprodução assistida, e particularmente aos testes genéticos pré-implantação, é disponibilizado em centros de PMA, devidamente autorizados para o efeito pelo Ministro da Saúde, depois de ouvido o CNPMA, de acordo com o disposto no artigo 5.º da Lei da PMA, e o Decreto Regulamentar n.º 6/2016, de 29 de dezembro. Os centros de PMA podem ser públicos ou privados e constituem o conjunto de meios humanos, materiais e organizativos que permitem levar a cabo as técnicas de reprodução assistida.

O CNPMA disponibiliza no seu portal o catálogo de centros autorizados a realizar técnicas de reprodução assistida<sup>49</sup>. Uma rápida análise à lista permite constatar que, no âmbito do SNS, apenas dez centros estão habilitados a ministrar técnicas de PMA. Estes encontram-se predominantemente localizados no norte e centro do país, o que dificulta, inevitavelmente, o acesso universal aos tratamentos. No que concerne aos arquipélagos, o cenário é idêntico, existindo somente um centro público autorizado na região autónoma da Madeira. Porém, a situação agrava-se particularmente no que diz respeito aos testes genéticos pré-implantação, uma vez que o único centro público do país habilitado a realizar este procedimento é o Centro Hospitalar de São João, no Porto.

O tempo de espera para o acesso aos tratamentos é um fator determinante para as taxas de sucesso de todos aqueles que depositam na medicina reprodutiva a esperança de virem a ser pais de uma criança saudável. De facto, o limitado poder de resposta do SNS ao número de solicitações a nível nacional, e, conseqüentemente, as extensas listas de espera, obrigam muitas famílias sem possibilidade de custear os tratamentos no setor privado, a aguardar mais de um ano pela 1.ª consulta<sup>50</sup>. Todo este circunstancialismo é especialmente delicado quando “considerados os limites etários regulamentarmente impostos relativamente

---

<sup>49</sup> Acessível em <https://www.cnpma.org.pt/cidadaos/Paginas/centros-de-pma.aspx>.

<sup>50</sup> Dando conta das extensas listas de espera para aceder aos tratamentos no SNS, e do agravamento do problema com a pandemia de COVID-19 veja-se <https://expresso.pt/sociedade/2021-02-10-Lista-de-espera-para-tratamentos-de-fertilidade-chega-a-ser-de-dois-anos>.

às beneficiárias das técnicas”<sup>51</sup>, porquanto, a realização de testes genéticos pré-implantação só desfruta de financiamento público quando realizada antes dos 40 anos da mulher.

Neste sentido, o CNECV, no seu parecer n.º 98/CNECV/2017 sobre listas de espera na realização de DGPI, considerou que “deverão, tanto quanto possível, ser definidas estratégias que permitam garantir a equidade na distribuição geográfica dos serviços”. Com efeito, “num procedimento de elevada complexidade técnica entendemos que, estando esta tecnologia de diagnóstico médico incluída na lista de serviços disponíveis no SNS (assim respeitando o princípio da generalidade), deverá haver transparência na forma como se definem os critérios de acesso”, sendo “eticamente desejável que existam critérios justos e equitativos, transparentes e públicos relativamente à organização das listas de espera, bem como critérios de priorização nas listas de espera para o acesso às técnicas, nomeadamente de DGPI, válidos para todos os utentes”.

Relativamente ao setor privado, é possível constatar no catálogo disponibilizado pelo CNPMA que existem, distribuídos pelo país, dezassete centros autorizados a ministrar técnicas de reprodução assistida. Contudo, dado o rigor e exigência necessários ao diagnóstico por meio de teste genético pré-implantação, nem todos oferecem a possibilidade de executar este tratamento.

No que diz respeito aos custos das técnicas de PMA no setor privado, tomámos a liberdade de consultar os preços disponibilizados *online* por vários centros<sup>52</sup>. Resumidamente, pôde concluir-se que o valor dos tratamentos de FIV/ICSI varia entre os 3.000€ e os 5.200€, e nos casos em que é necessário recorrer a gâmetas de dadores os valores podem ascender aos 7.500€. Já o preço para a criopreservação dos embriões excedentários pode oscilar entre os 500€ e os 700€.

No caso específico dos PGT, os montantes disparam substancialmente. Assim, a acrescer aos custos com os ciclos de FIV/ICSI somam-se os valores da biópsia necessária à realização do diagnóstico pré-implantação. Estes podem variar entre 450€ e 3450€, consoante a anomalia genética que se pretende despistar e clínica que disponibiliza o serviço.

---

<sup>51</sup> Consultar parecer do CNECV n.º 98/CNECV/2017.

<sup>52</sup> Veja-se, a propósito <https://cgrabarros.pt/> ; <https://ceti.pt/> ; <https://ferticare.pt/> ; <https://www.procriar.pt/> ; <https://clinimer.com/> ; <https://ferticentro.pt/> ; <https://avaclinic.pt/> ; <https://www.cemeare.pt/> ; <https://ieralisboa.pt/>; e, por fim <https://ivi.pt/>.

## CAPÍTULO IV

### O Consentimento Informado e o Instituto da Responsabilidade Civil em sede de PGT

#### 1. Contextualização do Problema

A Lei n.º 32/2006, de 26 de julho consagra no seu artigo 14.º, sob a epígrafe “Consentimento”, que os beneficiários das técnicas de PMA, entre elas os testes genéticos pré-implantação, “devem prestar o seu consentimento livre, esclarecido, de forma expressa e por escrito, perante o médico responsável”. Para um consentimento verdadeiramente esclarecido as pessoas beneficiárias devem ser previamente informadas, “por escrito, de todos os benefícios e riscos conhecidos resultantes da utilização das técnicas de PMA, bem como das suas implicações éticas, sociais e jurídicas”<sup>53</sup>. Neste sentido, o CNPMA, no âmbito das competências que lhe são atribuídas, disponibiliza no seu portal, os vários modelos de consentimento informado devidamente aprovados e atualizados<sup>54</sup>.

O consentimento informado para a prestação de cuidados de saúde, enquanto expressão do direito ao livre desenvolvimento da personalidade encontra fundamento jurídico em diversas normas do direito interno, entre elas o artigo 26.º da CRP, e o artigo 70.º do CC, que se traduzem, aqui, “no direito do paciente a ser devidamente esclarecido antes de se autodeterminar em relação à prossecução ou não de certo tratamento médico e/ou intervenção cirúrgica”<sup>55</sup>.

A falha no cumprimento dos deveres de cuidado, entre eles, o dever de informação, em sede de testes genéticos pré-implantação, mas também em DPN, tem possibilitado a eclosão de ações de responsabilidade civil médica, que tanto podem decorrer por via contratual como extracontratual. Com efeito, a violação advém da “falta de diligência na execução das respetivas técnicas”, quando “é selecionado e implantado um embrião portador

---

<sup>53</sup> Para maiores desenvolvimentos sobre o tópico consultar PEREIRA, André Dias, *O Consentimento Informado na Relação Médico-Paciente: Estudo de Direito Civil*, 2004; e ROBERTO, Luciana Mendes Pereira, “Dos Aspetos Éticos do Consentimento Informado em Reprodução Assistida: Diagnóstico Genético Pré-Implantacional – Legislação Brasileira e Portuguesa”, in *Lex Medicinæ*, 2008, p.105-112.

<sup>54</sup> Acessíveis em <https://www.cnpma.org.pt/cidadaos/Paginas/modelos-de-consentimento-informado.aspx>.

<sup>55</sup> MANSO, Luís Duarte Baptista, “Da obrigação de informar em diagnóstico pré-natal e diagnóstico genético pré-implantação – as acções de “*wrongful birth*” e “*wrongful life*” e o instituto da responsabilidade civil”, in *Direito da Saúde – Estudos em Homenagem ao Prof. Doutor Guilherme de Oliveira*, 2016, p.129-142.

de anomalia congênita, e/ou ocorre falha do dever de informação quanto aos riscos de patologia do embrião transferido”. No caso do DPN, “a violação da obrigação de informar pode, desde logo, verificar-se por negligência, quando exista um total incumprimento ou ausência de informação pelos médicos da condição de saúde do nascituro”, ou seja, “o esclarecimento é prestado de modo defeituoso, com violação do dever de cuidado e zelo exigíveis em sede de apresentação ou transmissão dos resultados dos exames de rastreio”<sup>56</sup>.

Tratam-se, aqui, das chamadas *wrongful suits*, no seio das quais se enquadram as ações de *wrongful life* e *wrongful birth*, “em que é o próprio nascimento, a própria vida, o dano invocado”, e que “decorrem deste amplo direito dos pacientes a serem informados e das opções médicas e legais, que os mesmos têm, face a determinada informação que recebem”<sup>57</sup>.

## 2. *Wrongful Birth e Wrongful Life*

As ações de *wrongful birth* são movidas pelos progenitores contra os médicos e/ou as instituições de saúde pela falha no cumprimento do dever de informar relativamente às anomalias detetadas em embriões e fetos (no caso de DPN). Assim, se os progenitores tivessem conhecido previamente que os embriões ou fetos padeciam de uma doença grave, teriam, indubitavelmente, optado pela não implantação do embrião no útero materno, ou pela interrupção voluntária da gravidez, ao abrigo do artigo 142.º do CP, o que teria prevenido o nascimento indevido de uma criança gravemente doente ou portadora de uma deficiência.

As ações de *wrongful life* são intentadas pela própria criança, normalmente, com representação legal de outrem, contra os médicos e/ou as instituições de saúde. O circunstancialismo inerente a este tipo de ações é idêntico ao descrito anteriormente. Por conseguinte, neste caso a criança alega que se não tivesse ocorrido o incumprimento defeituoso do dever de informar os progenitores relativamente às malformações detetadas, ela não teria nascido. Isto é, se tal fosse do conhecimento dos progenitores, os mesmos teriam, de igual forma, desautorizado a implantação do embrião na cavidade uterina, ou no

---

<sup>56</sup> *Ibidem*, p.131.

<sup>57</sup> CORREIA, Vanessa Cardoso, “Vida: dano indemnizável? A Responsabilidade médica nas ações por *Wrongful Birth* e *Wrongful Life*”, in *Direito da Saúde...*, p.177-205.

caso do DPN, interrompido a gravidez, o que teria evitado o nascimento da criança afetada pela anomalia<sup>58</sup>.

Por fim, a respeito das ações supramencionadas é importante salientar que “o médico não se apresenta responsável pela implantação da deficiência, que surge normalmente logo desde o início da vida pré-natal. No entanto, a omissão do esclarecimento sobre essa deficiência é tida como ilícita. O comportamento alternativo lícito do médico teria evitado o nascimento e, deste modo, a vida gravemente deficiente”<sup>59</sup>. Este facto, consubstancia uma importante discrepância em relação às habituais ações de responsabilidade civil médica. Porquanto, via de regra, o paciente intenta contra o profissional uma ação pelos danos causados diretamente à sua própria saúde e corpo.

### 3. A Posição da Doutrina e Jurisprudência Portuguesas

Dada a brevidade a que teremos de nos restringir não será possível, nesta sede, refletir detalhadamente a problemática inerente às ações por *wrongful birth* e *wrongful life*. Inobstante, tentaremos retratar sucintamente aquela que tem sido a posição adotada pela doutrina e jurisprudência portuguesas. Cumpre, assim, aludir à já muito vasta literatura sobre o tema que continua, na atualidade, a desafiar quem se atreve a contemplá-lo<sup>60</sup>.

Entre nós, as ações de *wrongful birth* têm vindo a merecer acolhimento por parte da jurisprudência e da doutrina. Já no que concerne às ações por *wrongful life* o cenário altera-

---

<sup>58</sup> MANSO, Luís Duarte Baptista, “Responsabilidade civil em diagnóstico pré-natal – o caso das ações de *wrongful birth*”, in *Lex Medicinæ*, 2013, p.161- 182.

<sup>59</sup> FRADA, Manuel Carneiro da, “A Própria Vida como Dano? – Dimensões civis e constitucionais de uma questão-limite”, in *Pessoa Humana e Direito*, 2009, p.259-294.

<sup>60</sup> A este propósito consultar, *inter alia*, OLIVEIRA, Guilherme de, “O Direito do Diagnóstico Pré-Natal”, in *Temas de Direito da Medicina*, p.228–232; PEREIRA, André Dias, *Direitos dos Pacientes e Responsabilidade Médica*, p.214-248; MOTA PINTO, Paulo, “Indemnização em caso de “Nascimento Indevido” e de “Vida Indevida” (“*Wrongful Birth*” e “*Wrongful Life*””, in *Lex Medicinæ*, 2007, p.5-25; NUNES VICENTE, Marta de Sousa, “Algumas reflexões sobre as ações de *wrongful life*: a jurisprudência *perruche*”, in *Lex Medicinæ*, 2009, p.117-145; RAPOSO, Vera Lúcia, “Responsabilidade médica em sede de diagnóstico pré-natal (*wrongful life* e *wrongful birth*)”, in *Revista do Ministério Público*, 2012, p.71-125; *Idem*, “As *wrong actions* no início da vida (*wrongful conception*, *wrongful birth* e *wrongful life*) e a responsabilidade médica”, in *Revista Portuguesa do Dano Corporal*, 2010, p.61-99; ALMEIDA RODRIGUES, Carlos E. P., “A Problemática inerente às *Wrongful Life Claims* – A sua (não) admissibilidade pela jurisprudência portuguesa.”, in *Lex Medicinæ*, 2013, p.171-188; LOUREIRO, João Carlos, “Tomemos a sério os Direitos do Embrião e do Feto”, in *Cadernos de Bio-Ética*, 1997, p.29-31; ÁLVARO DIAS, João, *Procriação Assistida e Responsabilidade Médica*, 1996, p.380-383.

se significativamente e, salvo raras exceções<sup>61</sup>, as pretensões têm sido repetidamente negadas. Como sinaliza André Dias Pereira, os tribunais “tendem, em regra, a conceder indemnizações pelas despesas excepcionais de sustento de uma criança deficiente, e uma indemnização pelos danos morais dos pais, mas rejeitam a pretensão indemnizatória – apresentada pela criança – pelo dano pessoal da criança ter nascido (deficiente)”<sup>62</sup>.

A este respeito, é imprescindível citar o Acórdão do STJ, de 19 de junho de 2001, que decidiu pela primeira vez no nosso país, uma ação por *wrongful life*. A criança, representada pelos progenitores, exigiu uma indemnização por danos patrimoniais e não patrimoniais resultantes da conduta negligente dos réus que não detetaram, no decorrer da gestação, as graves malformações com que nasceu. O STJ, tendo negado provimento à pretensão do menor, mostrou, todavia, alguma abertura à aceitação das ações por *wrongful birth*<sup>63</sup>. Concluiu o tribunal que existia falta de “conformidade entre o pedido e a causa de pedir”, uma vez que o autor fundamenta a sua pretensão indemnizatória na circunstância de não ter sido concedida aos pais a oportunidade de interromper a gravidez. Ou seja, “invoca danos por si sofridos, mas assenta o seu eventual direito à indemnização na supressão de uma faculdade que seria concedida à mãe (ou aos pais)”.

Para o tribunal, relativamente ao menor está em causa o “direito à não existência” que “não encontra consagração na nossa lei” e, a existir, “não poderá ser exercido pelos pais em nome do filho”. Destarte, “o direito à vida, integrado no direito geral de personalidade, exige que o próprio titular do direito o respeite, não lhe reconhecendo a ordem jurídica qualquer direito dirigido à eliminação da sua vida”.

Mais recentemente é possível destacar as decisões do TRL, de 10/01/2012, o acórdão do STJ de 17/01/2013, bem como o acórdão do STJ de 12/03/2015<sup>64</sup>. Todos eles julgaram procedentes os pedidos de indemnização dos progenitores, por *wrongful birth*, considerando que o “fundamento da concessão da indemnização será a violação da autodeterminação do

---

<sup>61</sup> Cf. Acórdão do Tribunal Administrativo e Fiscal de Coimbra, de 9 de maio de 2011, no âmbito do processo nº 533/97. Veja-se, a este respeito, RAPOSO, Vera Lúcia, “Responsabilidade médica em sede de diagnóstico pré-natal...”, in *Revista do Ministério Público*, p.83-84.

<sup>62</sup> PEREIRA, André Dias, *O Consentimento Informado na Relação Médico-Paciente...*, p.379-380.

<sup>63</sup> Cf. MONTEIRO, António Pinto, Anotação ao Acórdão do STJ, de 19 de junho de 2001, “Direito a não nascer?”, in *Revista de Legislação e de Jurisprudência*, 2002, p.377-384.

<sup>64</sup> Todos disponíveis para consulta em <http://www.dgsi.pt/>.

planeamento familiar dos pais (principalmente da mãe) originada pela falha médica”<sup>65/66</sup>. Negaram, no entanto, a pretensão da criança a título de *wrongful life*.

Porém, e transcrevendo a célebre questão de António Pinto Monteiro: “será que se respeita mais a dignidade da pessoa humana quando se recusa a indemnização, ou, pelo contrário, não será precisamente *o respeito pela pessoa humana* a exigir que se lhe reconheça esse direito *a fim de lhe permitir suportar a vida com um mínimo de condições materiais e de dignidade?*”<sup>67</sup>

Paulo Mota Pinto responde afirmativamente a esta interrogação, nas palavras do autor não se percebe “como é que a atribuição de uma indemnização *também à própria criança* atinge a sua dignidade, pois tal pretensão *não tem de assentar na conclusão de que a existência como deficiente é menos valiosa* do que a não-existência”, pelo contrário, “atribuir uma indemnização à própria criança que nasceu deficiente em consequência de um erro ilícito” promove, justamente, a dignidade humana da criança<sup>68</sup>.

De facto, cada vez mais surgem na literatura jurídica portuguesa autores cujo entendimento vai ao encontro deste último sentido, defendendo “a ressarcibilidade dos danos sofridos pela criança nascida”<sup>69</sup>, e a existência, no nosso ordenamento jurídico de “condições para responsabilizar os médicos que, na medicina pré-concepcional e pré-natal, negligentemente violem as *leges artis* ou que não cumpram o seu dever de prestar informações e conselhos. Essa responsabilidade deverá abranger, pelo menos, os *danos*

---

<sup>65</sup> ALMEIDA RODRIGUES, Carlos E. P., “A Problemática inerente às *Wrongful Life Claims...*”, in *Lex Medicinæ*, p.175.

<sup>66</sup> O TC também se pronunciou sobre a temática no acórdão n.º 55/2016, onde acabou por decidir “não julgar inconstitucionais os artigos 483.º, 798.º e 799.º do Código Civil, interpretados no sentido de abrangerem, nos termos gerais da responsabilidade civil contratual – no quadro de uma ação designada por nascimento indevido (por referência ao conceito usualmente identificado pela expressão *wrongful birth*) –, uma pretensão indemnizatória dos pais de uma criança nascida com uma deficiência congénita, não atempadamente detetada ou relatada aos mesmos em função de um erro médico, a serem ressarcidos (os pais) pelo dano resultante da privação do conhecimento dessa circunstância, no quadro das respetivas opções reprodutivas, quando esse conhecimento ainda apresentava potencialidade para determinar ou modelar essas opções”.

<sup>67</sup> MONTEIRO, António Pinto, “Direito a não nascer?”, in *Revista de Legislação e de Jurisprudência*, p.383-384. O autor acaba por admitir que a atribuição do direito à indemnização poderá não constituir a posição mais adequada, em virtude das implicações que a mesma envolve nos seus pressupostos e nas suas consequências. Deste modo, deverão ser os mecanismos da Segurança Social a intervir e a assegurar o apoio das pessoas com deficiências, e não o médico por meio do instituto da responsabilidade civil.

<sup>68</sup> MOTA PINTO, Paulo, “Indemnização em caso de “Nascimento Indevido” e de “Vida Indevida” (“*Wrongful Birth*” e “*Wrongful Life*””, p.20.

<sup>69</sup> PEREIRA, André Dias, *Direitos dos Pacientes e Responsabilidade Médica*, p.237.



*patrimoniais*”<sup>70</sup>. Relativamente aos danos não patrimoniais, a doutrina manifesta maiores reservas e assinala a necessidade de uma apreciação jurídica cautelosa.

Finalmente, no âmbito específico dos testes genéticos pré-implantação é essencial referenciar o caso de *Grabiell Rubell Bergero*, que ocorreu na Califórnia, em meados de 2009. Trata-se de uma ação por *wrongful life* que apesar de não ter sido procedente acabou por permitir “equacionar mecanismos de protecção para os profissionais face ao aumento significativo da utilização dos testes genéticos”<sup>71</sup>.

---

<sup>70</sup> *Ibidem*, p.239.

<sup>71</sup> Para uma análise detalhada do caso consultar CORREIA, Vanessa Cardoso, “Vida: dano indemnizável?...”, in *Direito da Saúde – Estudos em Homenagem ao Prof. Doutor Guilherme de Oliveira*, p.198-199. A decisão encontra-se disponível em <https://www.leagle.com/decision/incaco20090410016>.

## CAPÍTULO V

### Breve Roteiro pelo Estatuto Jurídico do Embrião

É indispensável, no âmbito desta dissertação, abordar, de forma breve, a inesgotável discussão a respeito do estatuto jurídico do embrião e particularmente do embrião *in vitro*, que sempre carecerá de uma proteção acrescida na medida em que se torna “alvo fácil para o melhor e para o pior que a curiosidade humana tem para oferecer, em virtude do desaparecimento do seu espaço natural de proteção”<sup>72</sup>. Portanto, a fronteira entre o que deve ser autorizado ou reprovado no domínio dos testes genéticos pré-implantação encontra-se amplamente condicionada pela proteção jurídica que se escolha atribuir a esta entidade.

A legislação portuguesa não define o conceito de embrião e o enredado processo subjacente ao seu desenvolvimento também pouco permite esclarecer sobre o momento em que surge um novo ser. Inobstante, é largamente aceite pela doutrina que a vida humana tem início no momento da fertilização (ou fecundação), dado que é a partir deste que surge um novo organismo até então inexistente, cujo desenvolvimento, de uma perspetiva biológica, é contínuo e progressivo no tempo<sup>73</sup>.

Questão diferente será saber em que momento do desenvolvimento embrionário se pode considerar que o embrião é uma pessoa em sentido jurídico. Esta, em alternativa, já será uma questão de âmbito filosófico, na medida em que “a afirmação do indivíduo da espécie humana como pessoa, nesta fase embrionária, não é consensual, e está condicionada pela amplitude do campo semântico do termo “pessoa”, o qual depende, por sua vez, da visão filosófica ou jurídica que se dê a este termo”<sup>74</sup>.

---

<sup>72</sup> RAPOSO, Vera Lúcia, *O Direito à Imortalidade*, p.420.

<sup>73</sup> Questiona-se se a vida humana começa com a nidação ou, ainda antes, com a fecundação. Para FEMENÍA LÓPEZ, Pedro, em *Status Jurídico del Embrión Humano*, “la implantación uterina no determina, en este sentido, el comienzo de la vida humana. Se trata simplemente de una etapa que no es posible disociar de un proceso ya comenzado. Después de la fecundación, el desarrollo fisiológico y psíquico del ser humano es progresivo, y, en ningún caso, las diversas etapas de su evolución afectan a su naturaleza humana: ésta es constante”. Cf. p.43. No mesmo sentido, LOUREIRO, João Carlos, em *Constituição e Biomedicina – Vol. I*, 2003, p.404, afirma que “Do ponto de vista biogenético, a vida humana, enquanto vida de um organismo autónomo, tem início com a fertilização”. Paralelamente RAPOSO, Vera Lúcia, em *O Direito à Imortalidade*, p.470, sustenta “que a partir do momento da fertilização assistimos ao aparecimento de uma vida humana” pois “cientificamente não há como negar que o embrião seja um ser vivo (porque composto por células vivas) de natureza humana (porque o seu ADN é humano)”.

<sup>74</sup> SILVESTRE, Margarida, *Embriões Excedentários: entre a técnica, a lei e a ética*, 2015, p.93.

São várias as teses que procuram dar resposta a esta intrincada questão<sup>75</sup>, e em larga medida, a resposta varia “em função da própria mundividência do intérprete, do que é, para ele, uma “pessoa”, de quais os requisitos que considera indispensáveis encontrarem-se preenchidos para estarmos perante uma pessoa”<sup>76</sup>. Ainda assim, as diferentes formas de interpretar o problema podem condensar-se em três perspetivas fundamentais.

Uma visão mais conservadora aponta no sentido de considerar o embrião como pessoa a partir do momento em que ocorre a fecundação, conservando ininterruptamente esse estatuto até à morte. Esta teoria condena qualquer intervenção ou ato que não respeite a vida e a integridade do embrião desde a fecundação, porquanto a vida humana é inviolável seja qual for o momento do seu desenvolvimento. Nas palavras de Stela Marcos Barbas “o pequeno grupo de células embrionárias que resultam da segmentação do zigoto depois da fusão de dois gâmetas humanos é já pertença de um certo indivíduo”, pelo que não será apropriado “fazer depender o estatuto de pessoa de padrões morfológicos e de maturidade neurofisiológica na medida em que essa concepção figurativa poderia conduzir à consideração de que o embrião seria “menos pessoa”<sup>77</sup>. Na mesma linha, entende João Álvaro Dias que o embrião, “ainda que a fecundação seja *in vitro*, é um ser vivente humano, completo enquanto projeto ou programa” e, como tal, não será “difícil sustentar a aplicação ao embrião das mesmas garantias civis e criminais que ao feto são tributadas e (porque não?) aquelas que protegem a própria criança ou adulto”<sup>78</sup>.

---

<sup>75</sup> São diversas as posições defendidas no que diz respeito ao momento a partir do qual se passa a considerar o embrião humano como pessoa em sentido jurídico: A Teoria da Fertilização considera que existe uma pessoa humana a partir da fecundação, aquando da fusão dos gâmetas (singamia), uma vez que é neste momento que se define o genoma, que permanecerá inalterado até à formação do indivíduo adulto.

Alternativamente, os defensores da Teoria da Nidação afirmam que a pessoa surge no momento da nidação (14º dia), pois é aqui que o embrião adquire definitivamente as características de unidade e unicidade. Esta é a teoria com maior acolhimento, principalmente no âmbito do direito penal, dado que as práticas impeditivas da nidação não são criminalizadas (é o caso da pilula do dia seguinte e do dispositivo intrauterino). Vera Lúcia Raposo previne, no entanto, que “o grande problema da teoria da nidação é que a sua inegável validade quando aplicada a embriões *in utero* não pode ser acriticamente sufragada tratando-se de embriões *in vitro*, caso contrário estes ficariam desprovidos de protecção”. Cf. RAPOSO, Vera Lúcia, *O Direito à Imortalidade*, p.482. São ainda apontados como momentos relevantes para o início da pessoa humana, *inter alia*: o aparecimento do sistema nervoso central; a presença de atividade cerebral (esta teoria baseia-se no critério médico, previsto no art.2º da lei n.º 141/99 de 28 de agosto, segundo o qual a cessação irreversível das funções do tronco cerebral determina a morte da pessoa); o aparecimento de órgãos sexuais definitivos; o momento em que o feto se torna viável; o nascimento, altura em que se adquire personalidade jurídica (cf. art. 66º n.º 1 do CC); ou apenas no momento em que ocorre a consciencialização da existência.

<sup>76</sup> MELO, Helena Pereira de, “O Embrião e o Direito”, in *A Ética e o Direito no Início da Vida Humana*, 2001, p.170.

<sup>77</sup> BARBAS, Stela Marcos de Almeida, *Direito ao Património Genético*, p.67-78.

<sup>78</sup> DIAS, João Álvaro, *Procriação Assistida e Responsabilidade Médica*, p.184.

Entre os defensores desta perspetiva<sup>79</sup> poderemos ainda citar a obra de João Carlos Loureiro, para quem “ser humano e pessoa humana são conceitos com a mesma extensão, pelo que qualquer ser humano vivo é titular de dignidade humana. Assim, o embrião e o doente mental profundo são dignos de respeito, sendo que (...) a dignidade não depende da verificação de um conjunto de características, como a autoconsciência”<sup>80</sup>. Para o autor “desde a fertilização, temos uma entidade que deve ser respeitada, quer esteja *in vivo* ou *in vitro*”<sup>81</sup>, e nesse sentido devem ser reconhecidos direitos fundamentais ao embrião<sup>82</sup>.

No extremo oposto, entre os que negam integralmente o estatuto de pessoa ao embrião, podemos referir, a título ilustrativo, a arrojada proposta de Peter Singer. Para o autor “*any fair comparison of morally relevant characteristics, like rationality, self-consciousness, awareness, autonomy, pleasure and pain, and so on, the calf, the pig, and the much derided chicken come out well ahead of the fetus at any stage of pregnancy*”<sup>83</sup>. Deste modo, sugere que não se deve atribuir à vida de um feto um valor maior do que é atribuído à vida de qualquer animal não humano com um nível comparável de racionalidade, autoconsciência ou capacidade de sentir. “*Since no fetus is a person, no fetus has the same claim to life as a person*”<sup>84</sup>.

Ainda na esteira desta corrente de pensamento há quem equipare o embrião a uma coisa (*res*)<sup>85</sup>, razão pela qual poderá ser objeto do direito de propriedade e estar sujeito a qualquer utilização, desde que autorizada pelo seu proprietário. Uma das principais premissas desta teoria é a consideração do embrião como uma parte anexa ao corpo materno.

---

<sup>79</sup> Defendendo a mesma posição, CAMPOS, Diogo Leite de, “O Estatuto Jurídico do Nascituro”, *Separata da Revista da Ordem dos Advogados*, 1996, p.877-886; OLIVEIRA ASCENSÃO, José de, “A Lei N.º 32/06, sobre procriação medicamente assistida”, *Revista da Ordem dos Advogados*.

<sup>80</sup> LOUREIRO, João Carlos, “Os Genes do nosso (Des)contentamento (Dignidade Humana e Genética: Notas de um Roteiro)”, *Boletim da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra*, 2001, p.193.

<sup>81</sup> *Ibidem*, p.198.

<sup>82</sup> *Idem*, “Tomemos a sério os Direitos do Embrião e do Feto”, in *Cadernos de Bio-Ética*, 1997, p.23-25.

<sup>83</sup> SINGER, Peter, *Practical Ethics*, 1993, p.149-163.

<sup>84</sup> *Ibidem*.

<sup>85</sup> Cf. UPCHURCH, Angela K., “The Deep Freeze: A Critical Examination of the Resolution of Frozen Embryo Disputes Through the Adversarial Process”, *Florida State University Law Review*, 2005, p.399-406. A autora classifica o embrião como “*property deserving special respect*”, e esclarece, “*The special respect status is a unique hybrid characterization. Unlike the status of pure property, the status of special respect does not provide the progenitors a true property interest. Rather, it provides them an interest in the nature of ownership, to the extent that they have decision-making authority concerning disposition of the preembryos, within the scope of policy set by law*”.

Uma perspectiva intermédia defende, porém, que desde o momento da fecundação o embrião é uma pessoa humana potencial, cuja protecção se vai ampliando com o decorrer do seu desenvolvimento. Esta é a posição adotada pelo “*Comité Consultatif National d’Éthique* francês, que partindo da ideia de que desde o momento da fecundação existe um novo organismo que faz parte da espécie humana, cujo desenvolvimento em direcção ao ser pessoal já se iniciou, conclui que este deve ser protegido como pessoa humana em potência desde aquele momento, não sendo eticamente admissível a utilização comercial ou industrial de embriões”<sup>86</sup>.

Como ensina Vera Lúcia Raposo, a dificuldade em “definir o estatuto jurídico do embrião humano radica na escassez de categorias jurídicas, pois o direito opera apenas com a categoria de “pessoa” ou com a categoria de “coisa”. Neste sentido, evidencia a “necessidade de criar juridicamente um *tertius genus* para aquilo que, não sendo uma coisa, também não reúne as características de pessoa”. Assim, “se por um lado o embrião não pode ser protegido como se de uma pessoa se tratasse (...), por outro, também não pode ser deixado totalmente desprotegido, que mais não seja pelo seu simbolismo e por nos recordar permanentemente da nossa comum herança humana”<sup>87</sup>.

Finalmente, o Tribunal Constitucional<sup>88</sup> considera não se poder aplicar “a garantia de protecção da vida humana, enquanto bem constitucionalmente protegido, ou de qualquer dos demais direitos pessoais que se encontram associados, como o direito à integridade física ou o direito à integridade pessoal e genética” aos embriões ainda não implantados<sup>89</sup>, como é o caso dos embriões *in vitro* sobre os quais incidem os testes genéticos pré-implantação. Posto isto, justamente porque não ocorreu ainda a transferência para o útero materno, o embrião *in vitro*, “nem tão pouco beneficia da protecção correspondente à tutela da vida intra-uterina, que, aliás, segundo a jurisprudência constitucional, assenta, ela própria, numa ponderação gradualista que deverá atender às diferentes fases do desenvolvimento do nascituro”.

---

<sup>86</sup> MELO, Helena Pereira de, “O Embrião e o Direito”, in *A Ética e o Direito no Início da Vida Humana*, p.168.

<sup>87</sup> RAPOSO, Vera Lúcia, *O Direito à Imortalidade*, p.510-512.

<sup>88</sup> Cf. Acórdão n.º 101/2009, publicado em Diário da República a 1 de abril de 2009.

<sup>89</sup> Alguns autores classificam os embriões ainda não implantados no útero materno como pré-embriões. Este conceito, ainda hoje reconhecido na legislação espanhola, refere-se aos embriões até 14 dias após a fecundação, uma vez que é por volta deste momento que ocorre a nidação. A implantação no útero representa uma circunstância decisiva na medida em que é a partir desta que o embrião se torna um ser único e individualizado, perdendo a sua totipotencialidade.

## CAPÍTULO VI

### A Legitimidade do Bebê-Medicamento na Ordem Jurídica Portuguesa

#### 1. Embriões HLA-Compatíveis

A redação do artigo 7.º n.º 3 da Lei da PMA consagra a possibilidade de utilização de testes genéticos pré-implantação “quando seja ponderosa a necessidade de obter grupo HLA (human leukocyte antigen) compatível para efeitos de tratamento de doença grave”, o que configura uma exceção à regra geral da proibição do melhoramento de determinadas características não médicas do nascituro<sup>90</sup>. Isto significa que é admitido no ordenamento jurídico português o designado “bebê medicamento” ou “*savior sibling*”. Ou seja, como esclarece Rafael Vale e Reis, “a possibilidade de utilizar o *diagnóstico genético* no embrião, por forma a gerar uma criança com recurso à PMA com características genéticas que permitam que o seu material biológico seja utilizado no tratamento de doença grave de um familiar (por exemplo, um irmão)”<sup>91</sup>.

De entre os embriões obtidos com recurso às técnicas de PMA são selecionados e excluídos, não apenas os embriões afetados pela doença, mas também os que não são histocompatíveis relativamente ao familiar que irá receber o transplante. Significa isto que os embriões que não reunirem as características procuradas são inúteis para a finalidade em causa e, conseqüentemente, “vão engrossar o número dos chamados “excedentários”, cujo destino é sentido como problemático”<sup>92</sup>. Guilherme de Oliveira relata o caso de Adam Nash, nascido em 2000, nos EUA, com o propósito de ajudar a salvar a sua irmã, doente com anemia de fanconi. O intuito era “produzir uma gestação e transfundir sangue do cordão umbilical com células estaminais que haviam de restaurar a medula da doente, os pais produziram vinte e quatro embriões saudáveis, dos quais cinco eram HLA compatíveis” e apenas um resultou numa gravidez com sucesso, que permitiu garantir a sobrevivência da criança<sup>93</sup>.

---

<sup>90</sup> Cf. art. 7.º n.º 2 da Lei da PMA.

<sup>91</sup> REIS, Rafael Vale e, *Procriação Medicamente Assistida*, p.117.

<sup>92</sup> OLIVEIRA, Guilherme de, “Um Caso de Seleção de Embriões”, in *Temas de Direito da Medicina*, p.281.

<sup>93</sup> *Ibidem*. Também sobre as implicações do caso, veja-se BOYLE, Robert J. / SAVULESCU Julian, “Ethics of using preimplantation genetic diagnosis to select a stem cell donor for an existing person”, *British Medical Journal*, 2001, p.1240-1243.

Esta intrincada questão foi analisada pelo CNECV no seu parecer n.º51/CNECV/2007, tendo reconhecido que “a utilização do DGPI para selecionar embriões dadores de células estaminais com o fim de tratar doença fatal de familiar configura um complexo dilema ético”, como tal, “a sua resolução supõe a análise ponderada das possibilidades terapêuticas oferecidas pelas tecnologias disponíveis, atende à manifestação da vontade dos progenitores e deve ser sempre sujeita à apreciação positiva, caso a caso, por comissão especializada”. Esta última exigência encontra-se prevista no art. 30.º, n.º 2, al. q), da Lei da PMA, que estabelece a necessidade de uma apreciação “caso a caso” pelo CNPMA que aprove o recurso à utilização das técnicas de reprodução assistida para esta finalidade.

Esta funcionalidade dos PGT não deixa de dividir opiniões. “De um lado, encontra-se a posição dos pais da criança doente que desesperadamente procuram um dador compatível que só existe se for concebido. Do outro lado vamos encontrar os argumentos da instrumentalização do ser humano utilizado aqui como meio para salvar outra vida”<sup>94</sup>.

Os que se opõem à sua utilização apontam variadas críticas e limitações<sup>95</sup>:

Em primeiro lugar as baixas taxas de sucesso deste procedimento, uma vez que é imperioso obter embriões que preencham cumulativamente os dois requisitos, sendo para tal necessária a criação de um número significativo de embriões que estará sempre limitado pela quantidade de ciclos de FIV/ICSI que seja seguro realizar. Por outro lado, é um procedimento, no seu conjunto, demorado, porquanto requer esperar até ao nascimento do bebé medicamento, o que em determinadas doenças cujo avanço é extremamente rápido pode ser inexecutável.

Paralelamente, mesmo que a gravidez se desenvolva com sucesso até ao nascimento do “*savior sibling*”, nada garante o êxito do tratamento, uma vez que este estará largamente dependente do tipo de doença da criança em risco. Assim, no caso do transplante de células do cordão umbilical não ser bem-sucedido será necessário recorrer a procedimentos mais invasivos que podem pôr em causa o bem-estar do recém-nascido, como o transplante de medula, sendo que, nestes casos, a incapacidade para consentir as intervenções médicas do

---

<sup>94</sup> SILVA, Paula Martinho da / COSTA, Marta, *A Lei da Procriação Medicamente Assistida Anotada*, p.53.

<sup>95</sup> Sobre as várias limitações à eficiência deste procedimento consultar SHENFIELD, F. et al. “ESHRE Taskforce 9: the application of preimplantation genetic diagnosis for human leukocyte antigen typing of embryos”, in *Human Reproduction*, 2005, p.845-846.

“bebé-medicação” é suprida “por uma representação parental em verdadeiro *conflito de interesses* na medida em que se encontra concomitantemente comprometida com a proteção da saúde do irmão(ã)”<sup>96</sup>.

Assinala-se, também, a “instrumentalização exercida sobre a criança a nascer” que “poderá sentir-se não mais do que um utensílio, que teve a ventura de não ser descartado, mas não alguém desejado em função de si”<sup>97</sup>. Este argumento é habitualmente sustentado no imperativo categórico de Kant segundo o qual “*one should act in such a way that you always treat humanity, whether in your own person or in the person of another, never simply as a means, but always at the same time as an end*”<sup>98</sup>.

Todavia, “este princípio, quando tomado na sua pureza, é na verdade violado a todo e cada momento, porque de certa forma cada um de nós se serve dos outros para atingir fins que nos são caros. Se poucos contestam que a criança nascida por meios naturais seja utilizada como dador do seu irmão, mal se percebe que cause tanta consternação o facto de a criança ser gerada com recurso a técnicas médicas”<sup>99</sup>. Para Vera Lúcia Raposo, os motivos pelos quais as pessoas escolhem reproduzir-se são indefinidamente diversos, sendo que raramente dizem respeito exclusivamente ao novo ser, mas antes à satisfação dos interesses próprios dos progenitores. “Não será este motivo específico – salvar a vida de outra pessoa, ainda para mais um filho, em relação ao qual recai sobre os pais um especial dever de proteção (um dever de garante) – um dos mais legítimos?”<sup>100</sup> É certo que nestes casos os pais decidem ter um filho para resguardar a vida de um outro, mas isso não faz da criança um mero instrumento, sendo impensável que os pais tratem o segundo filho “exclusivamente como uma fonte de tecidos”<sup>101</sup>, pelo contrário, devem amar e cuidar dessa criança na mesma medida que amam e cuidam a criança doente.

Acrescenta-se, ainda, que as intervenções médicas a que é exposto o “bebé medicamento” são habitualmente pouco intrusivas (como é o caso da recolha do cordão

---

<sup>96</sup> REIS, Rafael Vale e, *Procriação Medicamente Assistida*, p.119.

<sup>97</sup> SILVESTRE, Margarida, *Embriões Excedentários*, p.80-85.

<sup>98</sup> Cf. WERT, Guido de, “Preimplantation genetic diagnosis: the ethics of intermediate cases”, in *Human Reproduction*, 2005, p.3262. O autor refere que o princípio kantiano “*is against using people solely as a means. What matters, then, is whether the parents will value the future child only as a transplant source or whether they will also love the child for itself*”.

<sup>99</sup> RAPOSO, Vera Lúcia, *O Direito à Imortalidade*, p.948.

<sup>100</sup> *Ibidem*, p.949.

<sup>101</sup> SILVA, Paula Martinho da / COSTA, Marta, *A Lei da Procriação Medicamente Assistida*, p.53.



umbilical), não representando riscos para a criança. Refletindo sobre os interesses em causa poderá constatar-se que os benefícios para a criança cuja vida corre perigo superam largamente os riscos associados ao procedimento<sup>102</sup>.

Por fim, independentemente do elevado número de embriões excedentários resultantes da aplicação desta técnica dever ser considerado uma consequência indesejável, que deverá ser tida em conta pelos beneficiários, entendemos que criar e descartar embriões em estádios de desenvolvimento tão precoces com o propósito de salvar a vida a uma criança que já existe não é um uso frívolo e trivial dos mesmos<sup>103</sup>. Nesse sentido, “por excessivo que seja o número de embriões a criar, o peso da destruição de não pessoas não pode sobrelevar a importância de salvar a vida de uma pessoa já nascida”<sup>104</sup>.

## 2. Apreciação do Tema pelo Tribunal Constitucional

O Tribunal Constitucional abordou a problemática no Acórdão n.º 101/2009 de 1 de abril, já referido supra, tendo entendido que “a possível lesão da tutela reflexa da dignidade humana que o rastreio genético do embrião pode representar, neste condicionalismo, tem, por conseguinte, como contraponto a realização do direito à protecção da saúde em relação a um terceiro que se encontra em perigo de vida”. A solução legislativa que permite que as técnicas de PMA sejam utilizadas para conseguir que a criança a nascer tenha um grupo HLA compatível “corresponde, em última análise, ao cumprimento por parte do Estado do direito à protecção da saúde na sua vertente positiva, enquanto destinada a assegurar a adopção de medidas que visem a prevenção e o tratamento de doenças” (art. 64.º n.º 1 da CRP).

Neste sentido, “a alegada «instrumentalização» do embrião mostra-se assim justificada pela prevalência de outros valores constitucionalmente tutelados, também eles de natureza eminentemente pessoal, o que desde logo exclui que o controlo genético do embrião possa ser considerado como lesivo do princípio da dignidade da pessoa humana”. Concluiu o TC que “a solução normativa que se contém na Lei se enquadra num critério de ponderação

---

<sup>102</sup> SHENFIELD, F. et al., “ESHRE Taskforce 9...”, in *Human Reproduction*, p.846.

<sup>103</sup> ROBERTSON, John A., “Extending preimplantation genetic diagnosis: the ethical debate”, in *Human Reproduction*, 2003, p.468.

<sup>104</sup> RAPOSO, Vera Lúcia, *O Direito à Imortalidade*, p.946.

e harmonização com outros valores constitucionalmente protegidos, sem pôr em causa, de forma evidente, a dignidade das pessoas directamente envolvidas, e assegura, desse modo, em atenção aos objetivos que se pretende atingir, uma proteção adequada ao embrião”.

## CAPÍTULO VII

### Seleção do Sexo com Recurso a Testes Genéticos Pré-Implantação

#### 1. Motivos para a Seleção do Sexo do Embrião

No que diz respeito à reprodução natural, por meio de um ato sexual, a possibilidade de ter um filho do sexo masculino ou feminino é aproximadamente a mesma, porquanto o *ratio* é de 102/106 rapazes para 100 raparigas<sup>105</sup>. Todavia, o constante progresso científico veio permitir, nos dias que correm, não só conhecer o sexo da criança que vai nascer, como também determiná-lo previamente.

A seleção do sexo pode ser requerida por duas ordens de razões<sup>106</sup>: razões não médicas, que habitualmente estão ligadas a preconceitos históricos e culturais; ou razões médicas, quando se pretende evitar determinadas doenças ligadas aos cromossomas sexuais, como a hemofilia ou a distrofia muscular de duchenne<sup>107</sup>. Neste último caso, e considerando o bem-estar da criança a nascer, esta prática é consensualmente aceite, dado que impede a transmissão à descendência de doenças genéticas graves e, por conseguinte, a necessidade de recorrer posteriormente à interrupção da gravidez, com consequências psicológicas e emocionais muito mais penosas para os progenitores<sup>108/109</sup>.

A utilização das técnicas de PMA para esta finalidade é, no entanto, alvo de grande contestação nos casos em que a seleção se verifica por motivos não médicos. Destarte,

---

<sup>105</sup> SILVESTRE, Margarida, “Sex Selection and Assisted Reproduction Technologies”, in *Lex Medicinae*, 2013, p.157.

<sup>106</sup> RAPOSO, Vera Lúcia, “Pode trazer-me o menu, por favor? Quero escolher o meu embrião...”, in *Lex Medicinae*, p.67-69.

<sup>107</sup> Estas doenças, ligadas ao cromossoma X e habitualmente recessivas, afetam maioritariamente o sexo masculino, uma vez que os homens apenas detêm um exemplar deste cromossoma. Tendo como exemplo o caso de uma mulher portadora de um gene recessivo, ela poderá transmitir a doença à sua prole 50% das vezes. A doença manifestar-se-á, em regra, nas crianças do sexo masculino (XY), uma vez que estas não possuem outro cromossoma X que lhes permita equilibrar o efeito negativo causado pelo cromossoma que receberam da mãe. Por outro lado, a criança do sexo feminino (XX), apesar de poder ser portadora da doença, apenas a irá desenvolver se o cromossoma X transmitido pelo pai for igualmente portador do gene recessivo, o que é pouco provável.

<sup>108</sup> Cf. WERT, Guido de, et al. “ESHRE Task Force on Ethics and Law22: Preimplantation Genetic Diagnosis”, in *Human Reproduction*, 2014, p.1613-1614; *Idem*, “Preimplantation genetic diagnosis: the ethics of intermediate cases”, in *Human Reproduction*, 2005, p.3265.

<sup>109</sup> Não obstante veja-se BARBAS, Stela Marcos de Almeida, *Direito ao Património Genético*, p.181-185. A autora refere que “mesmo que a escolha do sexo só fosse autorizada para evitar a propagação hereditária de doenças, verificava-se sempre a violação do princípio fundamental do direito à diferença, o direito de nascer segundo o “acaso” das leis biológicas naturais”.

sobretudo em contexto europeu, a tendência é estatuir proibições nesta matéria<sup>110</sup>. A Convenção de Oviedo estabelece, desde 1997, no seu artigo 14.º que “não é admitida a utilização de técnicas de procriação medicamente assistida para escolher o sexo da criança a nascer, salvo para evitar graves doenças ligadas ao sexo”. Esta é, porém, uma realidade substancialmente diferente nos EUA. A título de exemplo, um estudo de 2017 veio mostrar que a seleção do sexo do futuro filho por razões não médicas é prática corrente nas clínicas norte-americanas, sendo que 72,7% oferecem esta possibilidade<sup>111</sup>. Portanto, deve ter-se em conta que o preceituado no artigo 14.º da Convenção de Oviedo corresponde “a uma opção que, sendo consensual no plano Europeu, e até Mundial, não é incontestável”, devendo “ser perspectivada num cenário de eventual alteração futura da base axiológica em que assenta”<sup>112</sup>.

Em Portugal, a Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, veio acolher a solução previamente consagrada na Convenção de Oviedo<sup>113</sup>, impedindo expressamente a utilização das técnicas de PMA para conseguir “melhorar determinadas características não médicas do nascituro, designadamente a escolha do sexo”<sup>114</sup>. Fora desta proibição está a exceção prevista no n.º 3 do artigo 7.º, isto é, “os casos em que haja risco elevado de doença genética ligada ao sexo, e para a qual não seja ainda possível a deteção direta por diagnóstico genético pré-implantação”. Paralelamente, o artigo 37.º da Lei da PMA sanciona, com pena de prisão até 2 anos ou com pena de multa até 240 dias, “quem utilizar ou aplicar técnicas de PMA para conseguir melhorar determinadas características não médicas do nascituro, designadamente a escolha do sexo, fora dos casos permitidos pela presente lei”.

---

<sup>110</sup> REIS, Rafael Vale e, *Procriação Medicamente Assistida*, p.127-129.

<sup>111</sup> CAPELOUTO, Sarah et al. “Sex selection for non-medical indications: a survey of current pre-implantation genetic screening practices among U.S.ART clinics”, in *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 2017, p.409-416.

<sup>112</sup> REIS, Rafael Vale, “Artigo 14.º - Não Seleção do Sexo”, *Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face as Aplicações da Biologia e da Medicina – 20 Anos de Vigência em Portugal*, 2022, p.342.

<sup>113</sup> Para maiores desenvolvimentos consultar SILVA, Paula Martinho da / COSTA, Marta, *A Lei da Procriação Medicamente Assistida Anotada*, p.51-52.

<sup>114</sup> Cf. art. 7.º n.º 2 da lei da PMA.

## 2. Duas Perspetivas Antagónicas

A legitimação da seleção do sexo por razões não médicas<sup>115</sup>, particularmente através de testes genéticos pré-implantação, tende a sustentar-se no argumento do direito à liberdade reprodutiva. Deste modo, a escolha do género da criança a nascer é vista como uma extensão do mesmo. Argumentam os defensores desta perspetiva que pertencendo a decisão à vida privada dos progenitores a mesma não acarreta prejuízos para terceiros, e como tal deve ser permitido ao casal agir de acordo com as suas expectativas e preferências, quer seja por razões exclusivamente sociais, quer por motivos de *family balancing*<sup>116</sup>.

Guido Pennings é um dos defensores da seleção do sexo para efeitos de *family balancing*<sup>117</sup>, ou seja, a possibilidade de selecionar o género do futuro filho com o propósito de atingir uma representação equilibrada dos dois sexos na família. Para o autor é desnecessário e enganoso condensar a problemática da seleção do sexo a apenas dois entendimentos: um que proíbe totalmente a prática e outro que a autoriza indiscriminadamente. Esta dicotomia implica que as condições sob as quais a técnica é aplicada, os métodos usados e as consequências para as pessoas envolvidas sejam consideradas irrelevantes para a apreciação moral da mesma. Defende, então, uma solução intermédia, cujas *guidelines* estejam em equilíbrio com outras crenças e princípios aceites, e que evitem, em contrapartida, as sérias desvantagens que poderiam advir de uma seleção irrestrita.

As *guidelines* sugeridas pelo autor podem sintetizar-se da seguinte forma: a) a seleção do sexo é inaceitável nos casos em que já se verifique equilíbrio entre os géneros existentes na família; b) a escolha só pode incidir no sexo que for menos representado; c) a seleção do sexo não pode ser permitida no primeiro filho. Por fim, o autor ressalva que estes

---

<sup>115</sup> Apreciando criticamente os argumentos a favor e contra a seleção do sexo RAPOSO, Vera Lúcia, *O Direito à Imortalidade*, p.1037-1041. Não obstante, a autora acaba por advogar a sua autorização a casos restritos, desde que dentro de certos parâmetros, por considerar que “a admissibilidade da seleção do sexo estará sempre condicionada pelo respeito por direitos e valores constitucionalmente consagrados, como a dignidade da pessoa humana e a proibição da discriminação”.

<sup>116</sup> Defendendo a possibilidade de escolher livremente o sexo da futura criança, HARRIS, John, “Rights and Reproductive Choice”, *The Future of Human Reproduction: Ethics, Choice, and Regulation*, 1998, p.28-30.

<sup>117</sup> PENNING, Guido, “Ethics of sex selection for family balancing: Family balancing as a morally acceptable application of sex selection”, *Human Reproduction*, 1996, p.2339-2345.

critérios não devem ser aplicados no caso de a seleção ser levada a cabo para evitar doenças genéticas ligadas aos cromossomas sexuais<sup>118</sup>.

Nas palavras de Rafael Vale e Reis, apesar da necessidade de se definirem limites precisos nesta matéria, a escolha do sexo para efeitos de *family balancing* não deve ser vista como “vã nem estéril relativamente aos benefícios, na medida em que deve considerar-se positivo um equilíbrio de género, desde logo no que diz respeito ao crescimento e educação das crianças, pois o contacto com a realidade do sexo oposto pode trazer benefícios na construção de uma sociedade mais igualitária”<sup>119/120</sup>.

Em oposição a esta primeira perspetiva, há quem acuse a seleção de sexo de promover a discriminação contra as mulheres. Países como a Índia e a China são frequentemente citados como exemplos de culturas onde existe uma preferência profundamente enraizada por descendência do sexo masculino<sup>121</sup>. A tradição de que devem ser os filhos varões a fornecer o apoio e a segurança económica às suas famílias, aliada a políticas que, durante longos anos, restringiram o número de filhos levou a um aumento significativo de abortos e abandonos de crianças do sexo feminino, e, conseqüentemente, a um desequilíbrio na relação entre os sexos<sup>122</sup>. Apesar de nos países Ocidentais esta preferência estar maioritariamente relacionada com o sexo dos filhos anteriores, não existindo uma clara diferenciação na valorização, e, portanto, na propensão para um género em detrimento do outro, continua a existir o receio de que esta seleção, quando feita em larga

---

<sup>118</sup> *Ibidem*.

<sup>119</sup> REIS, Rafael Vale e, *Procriação Medicamente Assistida*, p.136-139. O autor apresenta uma perspetiva de maior abertura relativamente à possibilidade da escolha do sexo da descendência. Na esteira de Guido Pennings, sugere dois novos critérios a considerar: “o pedido da escolha do sexo pelos beneficiários deve ser precedido de análise e aconselhamento psicológicos adequados, com o fito de afastar pretensões patológicas”; por outro lado, “quando estiver em causa o nascimento do quinto elemento do núcleo familiar, a escolha deixa de ser possível”, pois, para o autor, tendo em conta o modelo de família ocidental, parece exagerado alocar recursos médicos para escolher o género do quinto elemento do núcleo familiar.

<sup>120</sup> No mesmo sentido, ROBERTSON, John A., “Extending preimplantation genetic diagnosis: the ethical debate”, p.468-469. Para o autor “*The use of PGD to select the sex of second or subsequent children is much less susceptible to a charge of sexism if used to choose a gender opposite to that of an existing child or children. Here a couple seeks variety or ‘balance’ in the gender of offspring because of the different rearing experiences that come with rearing children of different genders*”.

<sup>121</sup> DAAR, Judith F., “ART and the Search for Perfectionism: On Selecting Gender, Genes, and Gametes”, *The Journal of Gender, Race & Justice*, 2005. Pag. 266/267.

<sup>122</sup> SILVESTRE, Margarida, “Sex Selection and Assisted Reproduction Technologies”, p.157.

escala, possa “conduzir, com facilidade, a um desequilíbrio numérico entre ambos os sexos, pondo em risco a estabilidade e a coesão sociais”<sup>123</sup>.

Outra das críticas apontadas prende-se com o argumento do *slippery slope*, no sentido de que a possibilidade de selecionar o sexo da descendência por razões não médicas rapidamente poderia resvalar na criação de “*designer babies*”. Se for permitido aos progenitores escolher o género do futuro filho, poderá abrir-se a porta para que passe a ser possível selecionar todas as outras características não relacionadas com a saúde. Esta prática, para além de ser considerada uma instrumentalização inaceitável da futura criança exclusivamente aos interesses dos progenitores, poderia, em última instância, conduzir ao eugenismo.

Ao uso de testes genéticos pré-implantação para selecionar o sexo da prole aponta-se, também, a inevitável formação de embriões excedentários, cujo destino levanta inúmeros problemas éticos e jurídicos. Os defensores desta perspetiva alegam que na ausência de razões médicas para justificar a decisão de selecionar um embrião, o interesse dos progenitores em ter um filho de um determinado sexo não pode superar a obrigação de não descartar embriões de forma frívola<sup>124</sup>. Stela Barbas afirma que “ao escolher e transferir apenas para o útero o embrião com o sexo desejado, rejeitando os restantes, estamos a invadir a liberdade de um ser humano que está no início da sua existência e ainda não se pode manifestar”<sup>125</sup>.

Acrescenta-se que “a utilização de recursos médicos limitados para a seleção do sexo pode ser considerada inapropriada e potencialmente injusta, se realizada em detrimento de situações com verdadeira indicação médica ou caráter de urgência”<sup>126</sup>. Permitir que os progenitores selecionem traços não medicamente relevantes pode resultar no uso inadequado de recursos médicos limitados, que seriam melhor alocados para dar resposta a problemas considerados mais complexos e inadiáveis.

---

<sup>123</sup> Parecer da Associação Portuguesa de Bioética n.º P/04/APB/06 sobre Diagnóstico Genético Pré-Implantação e Intervenções na Linha Germinativa. No mesmo sentido NUNES, Rui, *Questões Éticas do Diagnóstico Pré-Natal da Doença Genética*, p.187-189.

<sup>124</sup> KNOPPERS, Bartha M. / BORDET, Sylvie / ISASI, Rosario M., “Preimplantation Genetic Diagnosis: An Overview of Socio-Ethical and Legal Considerations”, *Annual Review of Genomics and Human Genetics*, 2006, p.210-212.

<sup>125</sup> BARBAS, Stela Marcos de Almeida, *Direito ao Património Genético*, p.181-185.

<sup>126</sup> SILVESTRE, Margarida, *Embriões Excedentários: entre a técnica, a lei e a ética*, p. 85-90.

No que a esta problemática diz respeito nem mesmo a ESHRE conseguiu estabelecer uma decisão unânime, acabando por destacar dois entendimentos distintos<sup>127</sup>. De um lado os que se opõem a qualquer forma de seleção do sexo por razões não médicas, considerando a prática intrinsecamente sexista e discriminatória, sendo, inclusivamente, vista como uma questão de direito humanos. Em sentido contrário, os que veem esta prática como válida e moralmente aceitável, desde que realizada para efeitos de *family balancing*. Mais tarde, num parecer exclusivamente sobre a seleção do sexo por razões não médicas, a ESHRE alargou a sua reflexão relativamente à temática, acabando por considerar que os novos desenvolvimentos técnicos e sociais parecem exigir uma revisão da legislação em vigor. A seleção do sexo por motivos não médicos poderá ser permitida desde que sob condições que tenham em conta as preocupações da sociedade com o possível impacto da prática<sup>128</sup>.

Finalmente, cumpre fazer alusão aos métodos alternativos de seleção do sexo que se tornam cada vez mais eficientes e rigorosos, à medida que acompanham de perto os incessantes avanços científicos nas áreas da genética e da medicina reprodutiva. A título de exemplo podemos referir o *Microsort flow cytometry method*. Esta técnica é presentemente utilizada para distinguir o DNA de espermatozoides, permitindo saber, ainda antes da fertilização, o sexo do embrião a que vão dar origem. Apesar de ainda não garantir resultados 100% exatos<sup>129</sup>, este é um procedimento menos dispendioso e invasivo, uma vez que não é necessário intervir no próprio embrião. Por estes motivos é presumível que num futuro próximo venha a tornar obsoleto o debate sobre a utilização de PGT para a seleção do sexo, obrigando a que a discussão se desloque para outro plano da ciência jurídica<sup>130</sup>.

---

<sup>127</sup> SHENFIELD, F. et al. “ESHRE Taskforce 5: preimplantation genetic diagnosis”, in *Human Reproduction*, 2003, p.651.

<sup>128</sup> DONDORP, Wybo et al. “ESHRE Task Force on Ethics and Law 20: Sex Selection for non-medical reasons”, in *Human Reproduction*, 2013, p.1-7.

<sup>129</sup> *Ibidem*, p.4-5. A taxa de erro é de 8% nos casos em que se pretende selecionar um embrião do sexo feminino e de 16% nos casos em que se tenciona selecionar um embrião do sexo masculino.

<sup>130</sup> Veja-se, também, a este respeito KNOPPERS, Bartha M. / BORDET, Sylvie / ISASI, Rosario M., “Preimplantation Genetic Diagnosis...”, p.211-212; American Society for Reproductive Medicine, “Preconception gender selection for nonmedical reasons”, *Fertility and Sterility*, 2001, p.861-864; ROBERTSON, John A., “Preconception Gender Selection”, *The American Journal of Bioethics*, 2001, p.2-9; SANDEL, Michael J., *The Case against Perfection: Ethics in the age of Genetic Engineering*, 2007, p.22-24.



### 3. A Posição do Tribunal Constitucional

O Tribunal Constitucional contemplou também esta matéria no Acórdão n.º 101/2009, de 1 de abril, que apreciou o pedido de declaração de inconstitucionalidade, com força obrigatória geral, de algumas normas da Lei da PMA, entre elas os artigos 7.º, n.º 3 e 4.º, n.º 2 que prevê “a utilização de técnicas de PMA só pode verificar-se mediante diagnóstico de infertilidade ou ainda, sendo caso disso, para tratamento de doença grave ou do risco de transmissão de doenças de origem genética, infecciosa ou outras”. Os requerentes vieram alegar que a “indeterminabilidade do inciso *outras*” previsto no segmento final desta solução normativa abria “caminho à seleção de embriões em função de características morfológicas ou genéticas para cumprimento de desideratos não identificados, incluindo a escolha do sexo da criança”.

Entendeu o TC que está excluído “mesmo no quadro de uma interpretação literal do preceito, que o n.º 2 do artigo 4.º tenha implicada qualquer possibilidade de escolha do sexo de um descendente ou de escolha de quaisquer outras características do nascituro que não tenham a ver, à partida, com a prevenção de doença”. Neste sentido, “o preceito não pode deixar de ser interpretado no seu enquadramento sistemático e, designadamente, em conjugação com as subseqüentes disposições dos artigos 7.º, n.º s 2 e 3”.

Posto isto, “a possibilidade de alterar as características não médicas de um nascituro opera segundo um princípio de subsidiariedade e quando exista um elevado risco de transmissão de doença genética grave”, sendo este um princípio geral que não pode ser desconsiderado no quadro jurídico que decorre da norma. Assim, as “outras” doenças a que o preceito se refere são somente aquelas “relativamente às quais se venha a verificar futuramente ser possível prevenir o risco de transmissão por meio de uma técnica de PMA, quando se trate de doença grave (ainda que não seja doença genética ou infecciosa)”.

## CAPÍTULO VIII

### O Conceito Indeterminado de Doença Grave

Em Portugal, e no seguimento do que foi referido anteriormente a propósito da Lei da PMA, os testes genéticos pré-implantação serão apenas admitidos quando condicionados ao “diagnóstico, tratamento ou prevenção de doenças genéticas graves”<sup>131</sup>, o chamado “*medical model*”<sup>132</sup>.

A ESHRE considera que a justificação para a realização de testes genéticos pré-implantação deve ter por base um juízo de proporcionalidade. Os esforços e riscos envolvidos para a mulher sujeita a FIV/ICSI (que em muitos casos não terá qualquer problema de infertilidade); os possíveis riscos para a saúde futura das crianças concebidas (hipótese apenas teórica); os custos elevados do procedimento, especialmente nos casos em que é financiado pelo Estado; e por fim, a inevitável seleção embrionária e eventual necessidade de descartar alguns embriões, devem ser proporcionais aos benefícios oferecidos pela técnica<sup>133</sup>.

Este juízo de proporcionalidade reflete-se no condicionamento obrigatório dos testes genéticos pré-implantação aos casos em que se verifique uma doença genética grave. Todavia, este é um critério de complexa aplicação prática, na medida em que o conceito de “doença grave” é amplamente indeterminado, questionando-se de que modo se poderá qualificar uma doença como “grave”<sup>134</sup>. Esta classificação advém, em larga medida, de um juízo subjetivo e dependente da experiência individual, uma vez que, nem todas as doenças condicionam da mesma forma a vida dos indivíduos. É difícil traçar a fronteira a partir da qual a dor e as limitações no desenvolvimento pessoal e nas atividades quotidianas se tornam intoleráveis, de tal forma que justifiquem a eliminação dos embriões afetados<sup>135</sup>.

---

<sup>131</sup> Cf. art. 28.º n.º 3 da Lei da PMA. O mesmo critério é aplicado ao art. 7.º n.º 3.

<sup>132</sup> WERT, Guido de, “Preimplantation genetic diagnosis: the ethics of intermediate cases”, p.3261.

<sup>133</sup> *Idem*, “ESHRE Task Force on Ethics and Law22: Preimplantation Genetic Diagnosis”, in *Human Reproduction*, 2014, p.1610-1617.

<sup>134</sup> Cf. a opinião de Rui NUNES e Helena MELO, no Parecer da Associação Portuguesa de Bioética n.ºP/04/APB/06, p.6.

<sup>135</sup> ABELLÁN-GARCÍA SÁNCHEZ, Fernando, “Diagnóstico Genético Embrionario y Eugenesia: Un Reto para el Derecho Sanitario”, in *Derecho y Salud*, 2007, p.91-93.

O CNPMA, no âmbito das competências que lhe são atribuídas pela Lei n.º 32/2006, de 26 de julho<sup>136</sup>, veio esclarecer que o conceito de doença grave “se aplica às doenças que causam sofrimento significativo e/ou morte prematura”<sup>137</sup>. Consequentemente, poderá depreender-se que os testes genéticos pré-implantação só deverão ser recomendados “para casos de doenças genéticas graves e incuráveis, aneuploidias cromossómicas não hereditárias que causem severa incapacidade na criança e aberrações cromossómicas de que seja portador qualquer um dos progenitores e que dêem azo a abortos espontâneos”<sup>138</sup>.

Em todo o caso, questiona-se a realização de testes genéticos pré-implantação invariavelmente condicionada à verificação da cláusula geral de doença grave. Poderão existir situações que, quando consideradas individualmente, permitem um alargamento desta aplicação? Se o critério da doença grave reflete um juízo de proporcionalidade entre os problemas e os benefícios dos PGT, então, uma alteração significativa das preocupações inerentes à técnica poderia conduzir a uma conclusão distinta<sup>139</sup>.

Guido de Wert e Wybo Dondorp sugerem duas situações em que a realização de testes genéticos pré-implantação a doenças menos graves e/ou com menor risco poderá, ainda assim, fazer sentido<sup>140</sup>. Este é o caso de beneficiários com um diagnóstico prévio de infertilidade e com indicação para FIV/ICSI. Nesta situação os riscos para a mulher sujeita às técnicas de PMA, os custos associados, os problemas levantados pela seleção de embriões, e a criação de embriões excedentários já foram previamente consentidos e verificar-se-ão inevitavelmente. Com efeito, poderá admitir-se a realização de PGT a doenças menos graves por comparação às que são admitidas a quem não tenha qualquer problema de infertilidade associado.

Um argumento semelhante pode ser aplicado aos casos em que os beneficiários das técnicas de PMA procurem evitar transmitir à descendência uma doença genética que preencha a cláusula geral e, cumulativamente, outra que não o faça, mas para a qual se encontram igualmente em risco. Uma vez que as contrariedades e os custos conexos aos testes genéticos pré-implantação já foram contabilizados e aceites para a “doença genética

---

<sup>136</sup> Cf. art. 30.º n.º 2 al f).

<sup>137</sup> Cf. [https://www.cnpma.org.pt/profissionais/Documents/CNPMA%20DeliberacaoPGT\\_2021.pdf](https://www.cnpma.org.pt/profissionais/Documents/CNPMA%20DeliberacaoPGT_2021.pdf).

<sup>138</sup> RAPOSO, Vera Lúcia, *O Direito à Imortalidade*, p.934.

<sup>139</sup> DONDORP, Wybo / WERT, Guido de, “Refining the ethics of preimplantation genetic diagnosis: A plea for contextualized proportionality”, in *Bioethics*, 2019, p.297-301.

<sup>140</sup> *Ibidem*.

grave”, então qualquer outra condição associada ao procedimento de análise e seleção não deverá necessitar forçosamente de integrar a mesma categoria.

## CAPÍTULO IX

### Seleção Embrionária

Frequentemente, após o processo de FIV e ICSI, acabam por se desenvolver com êxito mais embriões do que aqueles que é medicamente aconselhável transferir para a cavidade uterina. É neste momento que surge o problema da seleção embrionária. Existindo múltiplos embriões à disposição é necessário proceder à triagem daqueles que virão a ser implantados. Nos primórdios das técnicas de reprodução assistida o critério utilizado para escolher os embriões mais viáveis assentava, exclusivamente, na observação da sua morfologia, o que resultava, muitas vezes, em erros de diagnóstico. Atualmente, e com o progresso dos testes genéticos pré-implantação, a seleção dos embriões passou a ser realizada através da sua análise genética, o que permite conhecer, antecipadamente e com elevado grau de segurança, quais os mais viáveis e saudáveis para transferir.

Contudo, nem todas as motivações inerentes à seleção embrionária são de caráter médico, o que desencadeia inúmeras divergências no que concerne à licitude da execução desta técnica de PMA e mormente à sua validade tanto no plano ético, como jurídico.

#### 1. Dificuldades em Torno da Seleção de Embriões

Como se referiu previamente, os testes genéticos pré-implantação têm como objetivo primordial a identificação de anomalias genéticas ou cromossómicas em embriões o que implica reiteradamente a seleção de uns em detrimento de outros. O critério fundamental para a prossecução desta finalidade é o da saúde genética dos embriões analisados e, como tal, a escolha dos embriões a ser transferidos está condicionada ao preenchimento da cláusula geral de “doença genética grave”, sendo expressamente proibida na lei portuguesa a utilização de técnicas de PMA para o melhoramento de características não médicas do nascituro<sup>141</sup>. Porém, esta é uma cláusula deveras subjetiva que abre a porta a importantes questões que aprofundaremos de seguida.

---

<sup>141</sup> Cf. art. 7.º n.º 2 da Lei da PMA.

O facto de uma doença ser considerada grave nos dias de hoje em nada garante que o continue a ser num futuro próximo em virtude dos constantes progressos na medicina e na genética. Seguindo de perto o meritório contributo de Vera Lúcia Raposo, para avaliar a gravidade das anomalias que impedem a transferência dos embriões afetados “o rol de doenças usualmente admitidas como fundamento de um aborto de pouco nos serve, pois os juízos em causa são distintos. Algumas condições poderão não ser suficientemente relevantes para fundamentar um aborto mas, em contrapartida, funcionar como um motivo bastante para transferir outros embriões que não os que apresentam essa condição. É que no caso do aborto trata-se de decidir se aquele embrião vive ou não. Já no que respeita ao DGPI estamos a decidir que embriões iremos transferir, sendo que sempre é necessário deixar alguns criopreservados, que serão eventualmente destruídos, pelo que se trata apenas de deixar esse destino para os que menos possibilidades de desenvolvimento apresentam”<sup>142</sup>.

Um exemplo são as anomalias de manifestação tardia. Nem todas as doenças genéticas se desenvolvem durante o período fetal, ou mesmo no decorrer dos primeiros anos de vida, nestas circunstâncias a pessoa virá a ser afetada pela doença, mas há uma incerteza relativamente ao hiato temporal durante o qual será saudável. Os PGT já são utilizados para detetar algumas anomalias de manifestação tardia consideradas graves como a doença de Huntington. Todavia, é especialmente difícil quantificar um “fator de risco”, que combine a gravidade da doença com a idade previsível do seu aparecimento, e que determine o ponto a partir do qual a seleção destes embriões se torna aceitável. Em primeiro lugar porque pessoas diferentes podem reagir de forma distinta ao conhecimento de que virão a sofrer de um distúrbio específico, e por outro lado resta sempre a expectativa de que até lá possa surgir um tratamento. Vera Lúcia Raposo questiona se “a informação de que um embrião não irá viver mais que 20 anos, ou irá padecer de uma doença degenerativa aos 30, é motivo suficiente para o descartar”? “Será que o direito à vida tem um prazo de validade”?<sup>143</sup>

Paralelamente, podemos ter anomalias de manifestação incerta, nestes casos existe uma maior suscetibilidade para desenvolver determinadas doenças ao longo da vida<sup>144</sup>. Esta é uma situação comum em doenças multifatoriais<sup>145</sup>. São exemplos os genes responsáveis

---

<sup>142</sup> RAPOSO, Vera Lúcia, *O Direito à Imortalidade*, p.930.

<sup>143</sup> *Ibidem*, p.931.

<sup>144</sup> ROBERTSON, John A., “Extending preimplantation genetic diagnosis...”, p.467.

<sup>145</sup> RAPOSO, Vera Lúcia, “Pode trazer-me o menu, por favor? Quero escolher o meu embrião...”, p.67. Como foi referido anteriormente, em Portugal, nos termos do art.7º/5 da Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, “é proibida

por uma maior predisposição para o cancro da mama ou do cólon. Mas ser portador destes genes não implica obrigatoriamente que se venha a sofrer da doença. Se mediante o conhecimento destas circunstâncias se adotarem medidas preventivas, o desenvolvimento da doença poderá ser atrasado ou mesmo completamente evitado. Tendo em consideração que a maior parte dos seres humanos terá, presumivelmente, alguma forma de suscetibilidade para uma ou mais doenças, será razoável descartar um embrião com base em mera probabilidade?

Poderá também ocorrer que o embrião seja somente portador de uma doença. Neste caso, o indivíduo não irá manifestar a doença, mas poderá transmiti-la à descendência, obrigando a que no futuro, a prole tenha de tomar decisões semelhantes para a sua própria reprodução. Os riscos são em grande parte determinados pelo tipo de doença em causa, se for uma doença autossómica recessiva, como a fibrose quística ou a anemia falciforme o grau de probabilidade é reduzido. No entanto, no caso de o embrião ser portador de uma doença ligada ao cromossoma X, como a distrofia muscular de duchenne, o risco de uma portadora feminina transmitir a doença é de 50% para cada filho. Nestas circunstâncias, se após o ciclo de PGT, entre os embriões disponíveis, existirem portadores e não portadores, fará sentido transferir em primeiro lugar os embriões não portadores, criopreservando os restantes para que, eventualmente, possam ser utilizados num próximo ciclo. Esta “pré-seleção” evita que se desperdicem, *a priori*, embriões saudáveis apenas porque são portadores da doença que se pretende evitar<sup>146/147</sup>.

---

a aplicação das técnicas de diagnóstico genético pré-implantação em doenças multifatoriais onde o valor preditivo do teste genético seja muito baixo”.

<sup>146</sup> SHENFIELD, F. et al. “ESHRE Taskforce 5: preimplantation genetic diagnosis”, p.650; WERT, Guido de, “Preimplantation genetic diagnosis: the ethics of intermediate cases”, p.3264.

<sup>147</sup> O CNPMA deliberou recentemente que “No caso de PGT-M para doenças génicas autossómicas recessivas, a única informação que pode ser transmitida pelo laboratório ao centro de PMA é se o embrião é afetado (homozigótico ou heterozigótico composto para variantes patogénicas ou provavelmente patogénicas) ou não afetado, sendo expressamente proibida a transmissão da informação que permita distinguir os embriões homozigóticos para o gene normal dos embriões portadores de apenas uma das variantes patogénicas ou provavelmente patogénicas”, por outro lado “No caso de PGT-M para doenças recessivas ligadas ao cromossoma X, é admissível a transmissão pelo laboratório de informação sobre o estado de heterozigotia do embrião, uma vez que existe a possibilidade de manifestação de doença em embriões do sexo feminino, nomeadamente por inativação preferencial do cromossoma X sem a variante patogénica”. Cf. [https://www.cnpma.org.pt/profissionais/Documents/CNPMA%20DeliberacaoPGT\\_2021.pdf](https://www.cnpma.org.pt/profissionais/Documents/CNPMA%20DeliberacaoPGT_2021.pdf), p.3.

## 2. Seleção Embrionária Invertida

Existem casos em que os progenitores recorrem a testes genéticos pré-implantação com o objetivo de selecionar e transferir um embrião especificamente afetado com uma determinada doença (normalmente, a surdez ou a acondroplasia, vulgarmente conhecida como nanismo)<sup>148</sup>. Em regra, estes casos ocorrem em famílias já afetadas pela doença e que por essa razão pretendem um filho na mesma condição, na expectativa de que se integre melhor no seio familiar.

Este tipo de utilização para os PGT é profundamente controverso, havendo quem argumente que reprová-la *a priori* esta escolha dos progenitores implica necessariamente julgar menos válida a vida de pessoas afetadas por estas doenças. Será possível apoiar a inclusão, em sociedade, de pessoas com deficiência como membros totalmente iguais e, paralelamente, impulsionar o uso da seleção de embriões para evitar o nascimento daqueles que viveriam nesta condição?<sup>149</sup>

Søren Holm reconhece que pode ser dada aos pais a possibilidade de selecionar embriões portadores de determinadas doenças. O autor argumenta que qualquer alteração ao momento ou à forma como ocorre a concepção resultará, inevitavelmente, em crianças diferentes. Deste modo, não se pode comparar a vida e o bem-estar de uma criança portadora de deficiência, com a vida que a mesma criança teria sem essa deficiência, isto porque, a vida com deficiência é a única vida que ela poderia ter, dado que, se as circunstâncias se alterassem ela não existiria. Assim, a questão não está em saber se existem vidas melhores, mas sim em avaliar se a vida da criança portadora de deficiência é tão penosa que seria melhor que não tivesse nascido<sup>150</sup>.

Em sentido inverso, Bonnie Steinbock e Ron McClamrock entendem que os progenitores devem guiar-se por um “princípio de responsabilidade parental”. Este princípio sustenta que a decisão de ter filhos não deve considerar apenas o interesse dos progenitores

---

<sup>148</sup> WERT, Guido De, et al. “ESHRE Task Force on Ethics and Law22: Preimplantation Genetic Diagnosis”, p.1614-1615. A propósito da temática, veja-se também PEREIRA DE ALMEIDA, Daniel Blume / RODRIGUES DE MELO, Vivianne, “Eugenia invertida em PMA: reflexões na bioética e no biodireito”, in *Direito e Bioética: Estudos em homenagem à Professora Stela Barbas*, 2020, p.113-133.

<sup>149</sup> KNOPPERS, Bartha M. / BORDET, Sylvie / ISASI, Rosario M., “Preimplantation Genetic Diagnosis...”, p.208-210.

<sup>150</sup> HOLM, Søren, “Ethical Issues in Pre-implantation Diagnosis”, in *The Future of Human Reproduction: Ethics, Choice, and Regulation*, 1998, p.186-187.



em reproduzir-se, mas também, e primordialmente, o bem-estar da criança que virá a nascer. Por conseguinte, na hipótese de certas condições mínimas não estarem satisfeitas, e consequentemente, os pais não puderem garantir aos filhos “*even a decent chance at a good life*”, então deverão abster-se de os ter<sup>151</sup>.

Na opinião de Dena Davis, a decisão de ter um filho nunca é tomada a pensar no bem-estar da futura criança, mas antes para satisfazer as ambições individuais dos pais. Não obstante, a paternidade deve ser vista como um equilíbrio entre a prossecução dos interesses e esperanças dos pais e o florescimento individual da criança que irá existir com os seus próprios interesses e como um fim em si mesma<sup>152</sup>.

Por fim, a seleção propositada de embriões que virão a sofrer de uma deficiência é vista como injustificável pela ESHRE, porquanto representa uma restrição deliberada à autonomia da criança que será severamente prejudicada pela condição que lhe foi imposta<sup>153</sup>. Deve considerar-se que “a liberdade reprodutiva e parental cessa onde termina o benefício dos filhos”, como tal “esta possibilidade de determinação genética deve estar pré-ordenada ao benefício e bem-estar dos filhos e não aos caprichos pessoais dos pais”<sup>154</sup>. “Até porque – e mesmo assumindo que os pais se orientam por critérios de razoabilidade e de benefício para o embrião – nem sempre aquilo que eles entendem ser subjetivamente benéfico acaba por ser objetivamente benéfico”<sup>155</sup>.

### **3. A seleção de Características Não Médicas – As *Frivolous Choices***

Jürgen Habermas, no seu livro *O Futuro da Natureza Humana*, aponta aos testes genéticos pré-implantação a dificuldade em “observar a fronteira entre a selecção de fatores hereditários indesejados e a optimização de características desejadas”. Nas palavras do autor, “se existir mais do que um potencial “agregado de células excedentário” à escolha, o processo em causa já não nos colocará perante uma decisão binária de “sim” ou “não”. A

---

<sup>151</sup> STEINBOCK, Bonnie / MCCLAMROCK, Ron, “When is Birth Unfair to the Child?”, *The Hastings Center Report*, 1994, p.17.

<sup>152</sup> DAVIS, Dena S., “Genetic Dilemmas and the Child’s Right to an Open Future”, *Hastings Center Report*, 1997, p.12.

<sup>153</sup> SHENFIELD, F. et al. “ESHRE Taskforce 5: preimplantation genetic diagnosis”, p.651.

<sup>154</sup> RAPOSO, Vera Lúcia, *O Direito à Imortalidade*, p.939-941.

<sup>155</sup> *Idem*, “Pode trazer-me o menu, por favor? Quero escolher o meu embrião...”, p.70-71.

fronteira conceptual entre a prevenção do nascimento de uma criança gravemente doente e a melhoria do património genético, ou seja, uma decisão de carácter eugénico, já não é nítida”<sup>156</sup>.

De facto, uma das preocupações intrínsecas aos testes genéticos pré-implantação é a sua utilização para seleccionar embriões de acordo com as preferências dos progenitores e em função de características não médicas – as chamadas *frivolous choices* – como a cor dos olhos e do cabelo, a capacidade física, ou o quociente de inteligência, que poderão, em última instância, conduzir ao surgimento de “*designer babies*” e ao renascimento de tendências eugénicas e de aspirações ligadas ao aperfeiçoamento da espécie.<sup>157</sup>

Acusam-se os testes genéticos pré-implantação de promover uma nova forma de “eugenia liberal” que ao não reconhecer “uma fronteira entre intervenções de carácter terapêutico e intervenções que visem um aperfeiçoamento genético, deixa a escolha dos objectivos destas últimas à conta das preferências individuais dos “consumidores”<sup>158</sup>. Assim, e contrariamente ao verificado durante o século XX, assistimos à transição de um eugenismo público, para um eugenismo privado, ou seja, “a decisão eugénica passou agora das mãos do Estado-legislador para a Sociedade e para as Famílias”<sup>159</sup>.

A este respeito cumpre diferenciar os conceitos de eugenia negativa e eugenia positiva. A primeira consiste na eliminação de patrimónios genéticos patológicos, e atua como um meio de prevenção de doenças graves, como tal, encerra uma elevada “utilidade individual e social”<sup>160</sup>. Já a eugenia positiva é “guiada por critérios qualitativos ou pelo carácter desejável ou indesejável de certas propriedades”, tendo em vista uma solução preordenada a melhorar geneticamente a espécie através da seleção de patrimónios genéticos considerados superiores<sup>161</sup>.

---

<sup>156</sup> HABERMAS, Jürgen, *O Futuro da Natureza Humana*, 2006, p.62.

<sup>157</sup> Sobre a temática consultar também, ROBERTSON, John A., *Children of Choice: Freedom and The New Reproductive Technologies*, 1994, p.149-172; e SANDEL, Michael J., *The Case against Perfection: Ethics in the age of Genetic Engineering*, 2007, p.45-83.

<sup>158</sup> HABERMAS, Jürgen, *O Futuro...*, p.60.

<sup>159</sup> PEREIRA, André Dias, *Direitos dos Pacientes e Responsabilidade Médica*, p.208-214.

<sup>160</sup> ESER, Albin, “Genética Humana: Aspectos Jurídicos e Sócio-Políticos”, in *Revista Portuguesa de Ciência Criminal*, 1992, p.70-71.

<sup>161</sup> *Ibidem*. Para maiores desenvolvimentos sobre a temática consultar também MELO, Helena Pereira de, *Manual De Biodireito*, 2008, p.19-85.

Sem embargo das apreensões a que se fez alusão é importante esclarecer que os testes genéticos pré-implantação não se confundem com técnicas de engenharia genética e, como tal, não alteram o património genético do embrião. Consequentemente, o embrião analisado no âmbito deste procedimento “resulta de uma pura combinação de ADN dos progenitores, aos quais não é possível criar um filho à medida dos seus desejos, mas apenas escolher entre aqueles que resultaram da combinação dos respectivos códigos genéticos”<sup>162</sup>.

Por outro lado, cumpre referir que o estado atual da ciência e da medicina reprodutiva ainda não permite conhecer estas características por intermédio dos testes genéticos pré-implantação, porquanto muitas não dependem exclusivamente de um único gene, ou são condicionadas por fatores ambientais<sup>163</sup>.

A este propósito, e no alinhamento do consagrado no artigo 7.º, n.º 2 da Lei n.º 32/2006<sup>164</sup>, de 26 de julho, o CNECV considerou eticamente inaceitável o recurso a esta técnica de PMA para escolher ou melhorar características que não estejam associadas a qualquer tipo de patologia. Contudo, acabou por reconhecer que “quando seja possível evitar o desenvolvimento de um ser humano que tenha alta probabilidade de nascer ou vir a desenvolver doença grave, que origine morte prematura e sofrimento prolongado e irreversível, o recurso ao DGPI pode ser positivamente valorizado do ponto de vista ético”<sup>165</sup>.

Destarte, no domínio dos testes genéticos pré-implantação deverão existir indicações claras e criteriosas para diagnosticar, investigar e intervir sobre os embriões, sempre “com a nobreza de quem tem como obrigação fazer com que a próxima geração possa ter menos doenças, e menos graves, do que esta geração”, e não “no sentido negativo e pejorativo da manipulação perseguindo a eugenia”<sup>166</sup>.

---

<sup>162</sup> RAPOSO, Vera Lúcia, *O Direito à Imortalidade*, p.967.

<sup>163</sup> *Ibidem*, p.939.

<sup>164</sup> O art. 7.º, n.º 2 da Lei da PMA proíbe terminantemente a utilização de técnicas de reprodução assistida “para conseguir melhorar determinadas características não médicas do nascituro”.

<sup>165</sup> Cf. parecer do CNECV n.º 51/CNECV/07.

<sup>166</sup> BARROS, Alberto, “O Embrião em risco”, in *A Ética e o Direito no início da Vida Humana*, p.156.

## CAPÍTULO X

### Embriões Excedentários

#### 1. Que Destino?

Independentemente do frenético desenvolvimento da ciência e, paralelamente, das técnicas de reprodução assistida, continua a ser inevitável a criação de mais embriões do que aqueles que podem, posteriormente, ser transferidos para o útero materno. As baixas taxas de sucesso das técnicas de PMA ditam a necessidade de uma estimulação ovárica intensa e, associadamente, a fertilização de um número excessivo de ovócitos que resulta na formação dos chamados embriões excedentários<sup>167</sup>. Este, como reportámos anteriormente, é um dos maiores obstáculos apontados à utilização de testes genéticos pré-implantação, principalmente para aqueles que consideram o embrião como pessoa desde a fecundação. Como tal, e embora não seja o objeto central do nosso estudo, consideramos importante referenciar brevemente os possíveis destinos a dar aos embriões *in vitro*, que na sequência do teste genético pré-implantação, sejam ainda viáveis para transferir<sup>168</sup>.

É a Lei da PMA que determina o regime de proteção do embrião *in vitro*, nomeadamente no que diz respeito ao destino a dar a estes embriões. Apesar de o diploma não delimitar um número máximo de embriões que podem ser criados ou transferidos, estipula, no seu artigo 24.º, que “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”, e “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”. Neste sentido, o legislador optou “por deixar a decisão nas considerações éticas e de *leges artis* dos profissionais médicos envolvidos, atendendo de perto às circunstâncias concretas de cada caso”<sup>169</sup>.

---

<sup>167</sup> Explicando o procedimento BARROS, Alberto, “Procriação medicamente assistida”, *Direito da Saúde...* p.117-123.

<sup>168</sup> No que diz respeito aos embriões que padeçam de uma anomalia genética grave, no quadro dos testes genéticos pré-implantação, os mesmo poderão, desde logo, ser utilizados para efeitos de investigação científica mediante consentimento dos beneficiários aos quais se destinavam, nos termos do art. 9.º, n.º 4, al c), e n.º 5 da Lei da PMA.

<sup>169</sup> RAPOSO, Vera Lúcia / PEREIRA, André Dias, “Primeiras Notas sobre a Lei Portuguesa de Procriação Medicamente Assistida...”, p.103.

É habitual, na sequência da realização de técnicas de PMA em que há, inevitavelmente, criação de embriões *in vitro*, “os casais pretenderem criar e criopreservar embriões excedentários, com o intuito de os transferirem posteriormente, procurando assim evitar um novo ciclo terapêutico e minimizar as consequências físicas, psicológicas e económicas de todo o processo”<sup>170</sup>. O artigo 25.º n.º 1 prevê especificamente que os embriões não transferidos “devem ser criopreservados, comprometendo-se os beneficiários a utilizá-los em novo processo de transferência embrionária no prazo máximo de três anos”. Prazo esse, que poderá ser alargado a pedido dos beneficiários de acordo com o n.º 2 do mesmo artigo.

É incontestável que o destino preferencial a dar a um embrião excedentário seja a sua transferência e consecutivo nascimento no seio do projeto parental que lhe deu origem. Todavia, é sabido que esta não é a sorte da esmagadora maioria dos embriões criopreservados. Frequentemente, surgem contrariedades que podem fazer desmoronar este projeto, como problemas conjugais, de saúde, ou até mesmo o falecimento dos beneficiários<sup>171</sup>. Assim, e “uma vez que a criopreservação não se pode manter indefinidamente, sob pena de transferir para o útero embriões que já perderam a capacidade de desenvolvimento, há que conferir aos embriões excedentes um destino no mais breve prazo possível”<sup>172</sup>.

## 1. Doação Embrionária

Nos casos em que não é possível a transferência uterina para os beneficiários que deram origem aos embriões, surge, como solução preferencial, a possibilidade de doação<sup>173</sup>

---

<sup>170</sup> SILVESTRE, Margarida, *Embriões Excedentários: entre a técnica, a lei e a ética*, p.91- 100.

<sup>171</sup> A respeito dos conflitos em torno do poder de disposição dos embriões excedentários, consultar UPCHURCH, Angela K., “The Deep Freeze: A Critical Examination of the Resolution of Frozen Embryo Disputes Through the Adversarial Process”, in *Florida State University Law Review*, 2005, p.395-435; RAPOSO, Vera Lúcia, “O Dilema do Rei Salomão...”; ESHRE, Task Force on Ethics and Law, “The cryopreservation of human embryos”, in *Human Reproduction*, 2001, p.1049-1050.

<sup>172</sup> RAPOSO, Vera Lúcia, “O Dilema do Rei Salomão: Conflitos de Vontade quanto ao Destino dos Embriões Excedentários”, in *Lex Medicinæ*, 2008.

<sup>173</sup> Subsiste, a este propósito, uma grande discussão doutrinal relativamente à designação a dar a esta figura jurídica. Por um lado, há quem defenda a terminologia “adoção” equiparando, de certo modo, os embriões a pessoas, que podem ser adotadas. Por outro, há quem prefira a expressão “doação”, comparando o embrião a uma coisa, uma vez que apenas as coisas podem ser objeto de doações (artigo 940.º do CC).

“a outras pessoas beneficiárias cuja indicação médica de infertilidade o aconselhe”<sup>174</sup>. A este propósito, o CNECV no seu parecer n.º 44/CNECV/04, entendeu que “a promoção da adoção embrionária é o procedimento ético mais adequado no que se refere ao devir dos embriões excedentários atualmente existentes, bem como àqueles que, por circunstâncias ou razões imponderáveis, venham futuramente a ser excluídos do seu projeto parental originário, pois é o único procedimento que permite reintegrar o embrião num projeto parental, cumprindo o seu destino originário de transferência para o útero”.

Sem embargo, são largos os receios manifestados pelos beneficiários relativamente a esta possibilidade: para muitos é difícil aceitar que outras pessoas venham a criar um filho biológico seu; a preocupação a respeito de uma possível futura consanguinidade; o sentido de responsabilidade face ao futuro dos embriões; ou ainda, o estatuto legal vigente no que concerne ao anonimato dos dadores<sup>175</sup>. Consequentemente, sublinha-se o papel fundamental dos profissionais de saúde dos centros de PMA no aconselhamento e discussão, com todos os intervenientes no processo, das possíveis consequências psicológicas, sociais e éticas da doação<sup>176</sup>.

## 2. Investigação Embrionária

Não sendo possível integrar os embriões excedentários num projeto parental uma das opções será a sua utilização para investigação científica de acordo com o disposto na parte final do artigo 25.º n.º 3 da Lei da PMA. Esta possibilidade encontra-se regulada pelo artigo 9.º do mesmo diploma legal, que apesar de outorgar “a investigação científica 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 para programas de transplantação ou com quaisquer outras finalidades terapêuticas”<sup>177</sup>, proíbe terminantemente, no seu n.º 1, “a criação de embriões através da PMA com o objetivo deliberado da sua utilização na investigação científica”. Desta proibição resulta que “a

---

<sup>174</sup> Cf. art. 25.º, n.º 3 da Lei da PMA.

<sup>175</sup> Sobre o ponto consultar REIS, Rafael Vale, “Deve abolir-se o anonimato do dador de gâmetas na Procriação Medicamente Assistida?”, in *Direito da Saúde – Estudos em Homenagem ao Prof. Doutor Guilherme de Oliveira*, 2016, p.159-176.

<sup>176</sup> SILVESTRE, Margarida, “Embriões Criopreservados – que destino?”, in *Direito da Saúde...* p.143-157.

<sup>177</sup> Cf. art. 9.º, n.º 2 da Lei n.º 32/2006.

investigação apenas pode incidir sobre embriões criados originariamente para fins reprodutivos, mas face aos quais essa finalidade foi gorada, quer em relação aos beneficiários das técnicas que lhes deram origem, quer em relação a terceiros aos quais poderiam ter sido doados”<sup>178</sup>. Esta norma segue de perto a solução já previamente consagrada no artigo 18.º, n.º 2 da Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina<sup>179</sup>.

Para efeitos de investigação científica apenas poderão ser utilizados: embriões criopreservados, excedentários, em relação aos quais não exista nenhum projeto parental (artigo 9.º/4/a da Lei n.º 32/2006); embriões inviáveis, cujo estado não permita a transferência ou a criopreservação com fins de procriação (artigo 9.º/4/b da Lei n.º 32/2006); embriões que sejam portadores de anomalia genética grave, no quadro do diagnóstico genético pré-implantação (artigo 9.º/4/c da Lei n.º 32/2006); e por fim, embriões obtidos sem recurso à fecundação por espermatozoide, ou seja embriões gerados através de clonagem (artigo 9.º/4/d da Lei n.º 32/2006). Porém, tratando-se de embriões viáveis relativamente aos quais deixou de existir um projeto parental, ou embriões afetados por uma anomalia grave detetada por meio de teste genético pré-implantação, a utilização para investigação científica carece de consentimento prévio, expresso, informado e consciente dos beneficiários aos quais se destinavam<sup>180</sup>.

Por fim, a Lei da PMA prevê que “o recurso a embriões para investigação científica só pode ser permitido desde que seja razoável esperar que daí possa resultar benefício para a humanidade, dependendo cada projeto científico de apreciação e decisão do Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida”<sup>181</sup>. O facto é que o uso de embriões humanos para experimentação científica pode desempenhar um importante papel na descoberta da cura para algumas doenças, no desenvolvimento de novos métodos terapêuticos e consequentemente melhores cuidados de saúde. Sem esta possibilidade, muito

---

<sup>178</sup> RAPOSO, Vera Lúcia, “Embriões, Investigação Embrionária e Células Estaminais”, in *Lex Medicinæ*, 2013, p.47-70.

<sup>179</sup> O artigo 18.º da Convenção de Oviedo não proíbe a utilização de embriões humanos para investigação científica desde que se garanta uma adequada proteção do embrião. Contudo, veda a criação de embriões estritamente para essa finalidade. Comentando pormenorizadamente as implicações do preceito, LOUREIRO, João Carlos, “Artigo 18.º - Pesquisa em Embriões In Vitro”, *Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina – 20 Anos de Vigência em Portugal*, 2022, p.405-432.

<sup>180</sup> Cf. art. 9.º, n.º 5 e art. 14.º da Lei da PMA.

<sup>181</sup> Cf. art. 9.º, n.º 3 e art. 32.º, n.º 2, al g) da Lei da PMA.

do conhecimento que possuímos atualmente sobre embriogénese, terapia genética e testes genéticos pré-implantação, que tanto contribuem para evitar doenças graves, não seria possível. Os progressos científicos que podem advir da investigação com recurso a embriões representam inúmeros benefícios para a ciência e, por conseguinte, para toda a Humanidade<sup>182</sup>. Não será esta uma justificação legítima para a utilização de embriões que, em alternativa, seriam simplesmente destruídos?

No entanto, esta não deixa de ser uma solução controversa e geradora de receios. Stela Barbas alerta que “a investigação em embriões humanos tem que ser rodeada de todo um conjunto de precauções uma vez que se está a lidar com o essencial, ou seja, com o património hereditário da espécie”<sup>183</sup>. Já Rui Nunes, apesar de não excluir, “à partida e integralmente, toda e qualquer experimentação em embriões humanos”, sinaliza que não parece “haver motivos suficientemente válidos para os embriões não viáveis poderem ser alvo de estudos experimentais apenas pelo simples facto de, com grande probabilidade não poderem continuar o seu desenvolvimento futuro”. Para o autor o estudo moral do embrião deve ser “algo de intrínseco e independente das circunstâncias em que se encontre inserido”<sup>184</sup>.

### 3. Destruição dos Embriões

A Lei n.º 17/2016, de 20 de junho, veio aditar ao artigo 25.º da Lei da PMA os números 6.º e 7.º que consagraram, no ordenamento jurídico português, a possibilidade de descartar embriões excedentários, bem como as condições segundo as quais a eliminação destes embriões deve ocorrer.

A descongelação e eliminação dos embriões excedentes deve ser a última opção a considerar quando se trata de decidir o destino dos mesmos. Esta possibilidade deve apenas ser ponderada nos casos em que não for possível aplicar os embriões a finalidades reprodutivas / projetos de investigação científica (art. 25.º n.º 6 da LPMA), e nos casos em

---

<sup>182</sup> RAPOSO, Vera Lúcia, “Juridical Status of Human Embryos and Foetus at the Oviedo Convention”, in *Lex Medicinæ*, 2013, p.171-185.

<sup>183</sup> BARBAS, Stela Marcos de Almeida, *Direito ao Património Genético*, p.111-124. A autora refere ainda que “a preocupação ética baseia-se no respeito e proteção devidos ao embrião como pessoa, que não deve ser instrumentalizado em prole do que quer que seja”.

<sup>184</sup> NUNES, Rui, *Questões Éticas do Diagnóstico Pré-Natal da Doença Genética*, p.145-152.



que os beneficiários das técnicas de PMA a quem os embriões se destinavam recusem consentir a sua doação a outros beneficiários ou a sua utilização para investigação em projetos devidamente aprovados pelo CNPMA (art. 25.º n.º 7 da LPMA)<sup>185</sup>. De outra forma os embriões nunca serão eliminados, mas antes destinados à experimentação científica.

No que concerne, particularmente, à destruição de embriões aos quais tenha sido detetada uma doença genética grave por meio de teste genético pré-implantação, e sendo este um dos maiores problemas suscitados pela técnica, importa referir que “a destruição de embriões em estádios precoces de desenvolvimento nem sequer é apanágio do DGPI. Sucede frequentemente na reprodução coital, por força de um processo de selecção natural da espécie. A particularidade do DGPI é que antecipará esta selecção feita pela natureza, ao excluir aqueles que provavelmente acabariam por perecer naturalmente se transferidos”<sup>186</sup>.

Desta forma, os testes genéticos pré-implantação mais do que prevenirem doenças genéticas graves, permitem evitar um abortamento futuro, quando o embrião já se encontra num estágio muito mais avançado de desenvolvimento. Simultaneamente, permitem atenuar a dor e a angústia dos progenitores, uma vez que à medida que a gravidez avança, mais fortes se tornam os laços afetivos com o embrião. Cumpre-se, assim, o princípio da beneficência, segundo o qual se deve maximizar os benefícios e minimizar os prejuízos<sup>187</sup>.

Sob outra perspectiva, poderá argumentar-se que seria desproporcional e pouco congruente proibir, de forma absoluta, a destruição de embriões em estádios tão prematuros do seu desenvolvimento, quando se autoriza, no ordenamento jurídico português, o aborto até às 10 semanas de gravidez motivado exclusivamente por opção da mulher (artigo 142.º, n.º 1, al e) do CP).

Finalmente, somos da opinião que admitir a destruição de embriões, nos termos da Lei da PMA, não implica negar-lhes o respeito que lhes é devido<sup>188</sup>, todavia, o destino preferencial destes embriões portadores de anomalias genéticas graves deverá ser, sempre que possível, a sua utilização para projetos de investigação científica, que tantos benefícios trazem para toda a Humanidade.

---

<sup>185</sup> Ademais, nos termos do disposto no artigo 25.º, a destruição dos embriões carece sempre da apreciação do diretor do centro de PMA em causa, e nos casos do n.º 7, de comunicação prévia ao CNPMA.

<sup>186</sup> RAPOSO, Vera Lúcia, *O Direito à Imortalidade*, p.951-955.

<sup>187</sup> Veja-se, neste sentido o art. 4º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO.

<sup>188</sup> RAPOSO, Vera Lúcia, *O Direito...*, p.436-441.

## CAPÍTULO XI

### Uma Antevisão do Futuro

A 9 de maio do presente ano foi noticiado pelo *The Guardian* o nascimento do primeiro bebê britânico com ADN de três pessoas distintas: a mãe, o pai, e uma mulher dadora<sup>189</sup>. Embora já existam, no mundo, mais casos de crianças nascidas com três pais genéticos, o procedimento é ainda uma novidade, geradora de ampla curiosidade e cobertura mediática. Trata-se, afinal, de uma recente técnica intitulada “tratamento de doação mitocondrial” (na sigla inglesa, MDT), que promete prevenir o nascimento de crianças afetadas por doenças genéticas hereditárias e incuráveis.

O tratamento consiste em combinar o espermatozoide e o óvulo dos pais biológicos com mitocôndrias provenientes dos óvulos de uma dadora, formando embriões saudáveis. As mitocôndrias são organelos celulares responsáveis por fornecer grande parte da energia às células, e são sempre herdadas do óvulo materno. Assim, se a mãe biológica for portadora de uma mutação genética mitocondrial, como a que causa síndrome de Leigh (doença neurodegenerativa que afeta o sistema nervoso central), o risco da futura criança desenvolver a doença é muito elevado.

Apesar do bebê ser originado com recurso ao material genético de três pessoas distintas, aproximadamente 99,8% do seu ADN provém dos seus pais biológicos, uma vez que o ADN mitocondrial representa menos de 1% da totalidade do ADN de qualquer célula.

Atualmente esta técnica apenas tem enquadramento legal no Reino Unido, sendo permitida desde outubro de 2015. Encontra-se, no entanto, condicionada a aprovação caso a caso pela *Human Fertilisation and Embryology Authority* (HFEA) que, segundo o *The Guardian*, já deu “luz verde” a cerca de 30 casos<sup>190</sup>. Em Portugal o cenário altera-se. O artigo 28.º n.º 2 da Lei n.º 12/2005, e o artigo 27.º n.º 6 da Lei n.º 21/2014 proíbem terminantemente

---

<sup>189</sup> Notícia disponível para consulta em: [https://www.theguardian.com/science/2023/may/09/first-uk-baby-with-dna-from-three-people-born-after-new-ivf-procedure?utm\\_term=645b337a43d63268259289f01ab4335f&utm\\_campaign=FirstEdition&utm\\_source=esp&utm\\_medium=Email&CMP=firstedition\\_email](https://www.theguardian.com/science/2023/may/09/first-uk-baby-with-dna-from-three-people-born-after-new-ivf-procedure?utm_term=645b337a43d63268259289f01ab4335f&utm_campaign=FirstEdition&utm_source=esp&utm_medium=Email&CMP=firstedition_email).

<sup>190</sup> *Ibidem*.

qualquer intervenção destinada a alterar a identidade genética germinal de uma pessoa. Neste sentido, André Dias Pereira questiona a aplicabilidade destas normas ao MDT<sup>191</sup>.

O autor segue de perto a opinião do Professor Miguel Oliveira e Silva que classifica o procedimento como eticamente aceitável. Sugere, todavia, a obrigatoriedade de apreciação e autorização individual pelo CNPMA, com base numa interpretação ampla do artigo 30.º n.º 2 alíneas f) e g) da Lei n.º 32/2006. Acaba por considerar que o MDT se encontra fora do escopo proibitivo dos suprarreferidos artigos, dado que a informação genética provém essencialmente da mãe biológica do nascituro e, por outro lado, o procedimento possui uma clara intenção terapêutica, prevenindo de forma eficiente, doenças genéticas graves e incuráveis<sup>192</sup>.

Mais recente é a notícia avançada a 14 de junho, também do corrente ano, sobre a possibilidade inovadora de criar embriões humanos sintéticos através de células estaminais e, portanto, sem necessidade de recorrer ao uso de gâmetas<sup>193</sup>. Ainda que não se perspetive, a curto prazo, a aplicação clínica destes embriões sintéticos, os cientistas acreditam que podem fornecer informação crucial sobre o impacto das doenças genéticas e sobre as causas biológicas de abortamentos de repetição. Deste modo, é possível que num futuro próximo deixe de ser imprescindível a utilização de embriões humanos em estádios de desenvolvimento precoce para investigação. Uma questão que continua por responder é se estas estruturas têm ou não o potencial para evoluírem até ao período fetal e, quiçá, até ao nascimento de uma criança.

Estes e outros progressos científicos na área da genética e da medicina reprodutiva são avassaladores e vão continuar a desafiar o pensamento dos juristas do nosso tempo, obrigando, cada vez mais, a uma reflexão cuidada e criteriosa das suas implicações ético-jurídicas. Simultaneamente, exigir-se-á ao direito uma resposta ponderada, respeitadora dos princípios orientadores da nossa ordem jurídica e dos valores dominantes na nossa sociedade, mas também permeável aos indomáveis avanços da ciência.

---

<sup>191</sup> PEREIRA, André Dias, “Gene Editing: Portuguese Constitutional, Legal and Bioethical Framework”, *Rechtliche Aspekte der Genom-Editierung an der menschlichen Keimbahn*, 2019, p.231-254.

<sup>192</sup> *Ibidem*.

<sup>193</sup> Cf. a este propósito <https://www.theguardian.com/science/2023/jun/14/synthetic-human-embryos-created-in-groundbreaking-advance>.

## SÍNTESE CONCLUSIVA

---

Percorrido este caminho a que nos propusemos e dedicámos ao longo dos últimos meses e cientes de que muito ficou ainda por dizer, não podemos deixar de, em jeito de conclusão, refletir uma última vez sobre o desafiante, mas sempre inspirador, tema objeto da nossa dissertação.

Pela nossa parte, defendemos que os testes genéticos pré-implantação devem ser positivamente valorizados. Neste sentido, apesar de reconhecermos a seriedade e a relevância de todas as críticas e inquietações apreciadas ao longo do nosso estudo, nomeadamente no que diz respeito à seleção de embriões, ao estatuto jurídico do embrião humano e à criação inevitável de embriões excedentários, consideramos que as mesmas não deverão constituir razões suficientemente impeditivas à aplicação desta técnica de reprodução assistida.

Com efeito, os testes genéticos pré-implantação desempenham um papel extremamente relevante na prevenção de doenças e malformações genéticas graves, devolvendo a esperança a famílias assoladas por estas enfermidades causadoras de grande sofrimento. Muitos progenitores veem nesta inovadora técnica de reprodução assistida a última oportunidade de dar à luz uma criança geneticamente saudável.

No que concerne às soluções consagradas na Lei da PMA, cremos que as mesmas representam os valores fundamentais da nossa sociedade e respeitam os princípios alicerçadores do ordenamento jurídico português, oferecendo uma abordagem equilibrada, e aberta à evolução da ciência, sem esquecer o princípio basilar da dignidade da pessoa humana e os perigos do uso indevido da vida humana nascente.

## BIBLIOGRAFIA

---

ABELLÁN-GARCÍA SÁNCHEZ, Fernando, “Diagnóstico Genético Embrionario y Eugenesia: Un Reto para el Derecho Sanitario”, in *Derecho y Salud*, vol. 15, n.º 1, 2007.

American Society for Reproductive Medicine, “Preconception gender selection for nonmedical reasons”, in *Fertility and Sterility*, vol. 75, n.º 5, 2001.

ALMEIDA RODRIGUES, Carlos E. P., “A Problemática inerente às Wrongful Life Claims – A sua (não) admissibilidade pela jurisprudência portuguesa.”, in *Lex Medicinæ*, ano 10, n.º 19, 2013.

ARAÚJO, Ana Cris do Nascimento / OLIVEIRA, Ana Carolina Gondim de A. / COSTA, Ana Paula Correia de Albuquerque da, “Teste genético pré-concepção como perspectiva de direito reprodutivo: uma análise sobre a genética clínica na saúde pública”, in *Lex Medicinæ*, ano 16, n.º 31-32, 2019.

ARCHER, Luís, *Da Genética à Bioética*, Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2006.

BARBAS, Stela Marcos de Almeida, *Direito ao Património Genético*, Coimbra: Almedina, 2006.

BARBAS, Stela Marcos de Almeida, *Direito do Genoma Humano*, Coimbra: Almedina, 2007.

BARROS, Alberto, “O Embrião em risco”, in *A Ética e o Direito no Início da Vida Humana* (coord. por Rui Nunes e Helena Pereira de Melo), Serviço de Bioética e Ética Médica Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Gráfica de Coimbra, 2001.

BARROS, Alberto, “Procriação medicamente assistida”, in *Direito da Saúde – Estudos em Homenagem ao Prof. Doutor Guilherme de Oliveira* (coord. por João Loureiro, André Dias Pereira e Carla Barbosa), vol. 4, Coimbra: Almedina, 2016.

BOYLE, Robert J. / SAVULESCU Julian, “Ethics of using preimplantation genetic diagnosis to select a stem cell donor for an existing person”, in *British Medical Journal*, vol. 323, 2001.

- BREZINA, Paul R. / KE, Raymond W. / KUTTEH, William H., “Preimplantation Genetic Screening: A Practical Guide”, in *Clinical Medicine Insights: Reproductive Health*, 7, 2013.
- BURLEY, Justine C., “The Prince of Eggs: Who Should Bear the Costs of Fertility Treatments?”, in *The Future of Human Reproduction: Ethics, Choice, and Regulation*, Oxford: Clarendon Press, 1998.
- CAMPOS, Diogo Leite de, “O Estatuto Jurídico do Nascituro”, in *Separata da Revista da Ordem dos Advogados*, 56, III, 1996.
- CAPELOUTO, Sarah et al. “Sex selection for non-medical indications: a survey of current pre-implantation genetic screening practices among U.S.ART clinics”, in *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 35, 2017.
- CHEN, Hsin-Fu et al. “Preimplantation genetic diagnosis and screening: Current Status and future challenges”, in *Journal of the Formosan Medical Association*, 117, 2018.
- CORREIA, Vanessa Cardoso, “Vida: dano indemnizável? A Responsabilidade médica nas ações por *Wrongful Birth* e *Wrongful Life*”, in *Direito da Saúde – Estudos em Homenagem ao Prof. Doutor Guilherme de Oliveira* (coord. por João Loureiro, André Dias Pereira e Carla Barbosa), vol. 4, Coimbra: Almedina, 2016.
- COSTA ANDRADE, Andreia da, “Comentário ao artigo 12.º: Testes genéticos predictivos”, in *Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face as Aplicações da Biologia e da Medicina – 20 Anos de Vigência em Portugal*, Instituto Jurídico / Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, 2022.
- DAAR, Judith F., “ART and the Search for Perfectionism: On Selecting Gender, Genes, and Gametes”, in *The Journal of Gender, Race & Justice*, 2005.
- DAVIS, Dena S., “Genetic Dilemmas and the Child’s Right to an Open Future”, in *Hastings Center Report*, 27, n.º 2, 1997.
- DIAS, Álvaro, “Limites à fertilidade: planeamento familiar, anticonceção e abortamento”, in *A Ética e o Direito no Início da Vida Humana* (coord. por Rui Nunes e Helena Pereira de Melo), Serviço de Bioética e Ética Médica Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Gráfica de Coimbra, 2001.

DIAS, João Álvaro, *Procriação Assistida e Responsabilidade Médica*, Coimbra Editora, 1996.

DONDORP, Wybo et al. “ESHRE Task Force on Ethics and Law 20: Sex Selection for non-medical reasons”, in *Human Reproduction*, vol. 28, n.º 6, 2013.

DONDORP, Wybo / WERT, Guido de, “Refining the ethics of preimplantation genetic diagnosis: A plea for contextualized proportionality”, in *Bioethics*, vol. 33, 2019.

EDWARDS, Bob, “Ethics of PGD: thoughts on the consequences of typing HLA in embryos”, in *Reproductive BioMedicine Online*, vol. 9, n.º 2, 2004.

ESER, Albin, “Genética Humana: Aspectos Jurídicos e Sócio-Políticos” (Tradução de Pedro Caeiro), in *Revista Portuguesa de Ciência Criminal*, 2, 1992.

ESHRE, Task Force on Ethics and Law, “The cryopreservation of human embryos”, in *Human Reproduction*, vol. 16, n.º 5, 2001.

ESHRE, Task Force on Ethics and Law, “The moral status of the pre-implantation embryo”, in *Human Reproduction*, vol. 16, 2001.

FEMENÍA LÓPEZ, Pedro, *Status Jurídico del Embrión Humano, con Especial Consideración al Concebido In Vitro*, McGrawHill, Madrid, 1999.

FERNANDES, José Alexandre Ribeiro, “Uma breve reflexão sobre a responsabilidade civil médica em Portugal: da responsabilidade aquiliana (extracontratual), da responsabilidade obrigacional (contratual) e o seu “hibridismo”, in *Direito e Bioética: Estudos em homenagem à Professora Stela Barbas* (coord. por José Fernandes, Manoel Neto, Nara Britto, Shirlei Mota e Vivianne Melo), Coimbra: Almedina, 2020.

FIGUEIREDO, Eduardo António da Silva, *Desagrilhoar Prometeu? Direito(s), Genes e Doença(s): Desafios Constitucionais na Era da Engenharia Genética*, Petrony, 2020.

FRADA, Manuel Carneiro da, “A Própria Vida como Dano? – Dimensões civis e constitucionais de uma questão-limite”, in *Pessoa Humana E Direito* (coord. de Diogo Leite de Campos e Silmara Juny de Abreu Chinellato), Almedina, Coimbra, 2009.

FREITAS, Tiago Figo, “A Responsabilidade Penal pelo Diagnóstico Pré-Natal”, in *Lex Medicinæ*, ano 7, n.º 13, 2010.

- GLOVER, Jonathan, “Eugenics: Some Lessons from the Nazi Experience”, in *The Future of Human Reproduction: Ethics, Choice, and Regulation*, Oxford: Clarendon Press, 1998.
- HABERMAS, Jürgen, *O Futuro da Natureza Humana*, Almedina, Coimbra, 2006.
- HARARI, Yuval Noah, *Homo Deus: história breve do amanhã* (tradução por Bruno Vieira Amaral), 4.<sup>a</sup> Ed., Amadora: Elsinore, 2017.
- HARRIS, John, “Rights and Reproductive Choice”, *The Future of Human Reproduction: Ethics, Choice, and Regulation*, Oxford: Clarendon Press, 1998.
- HOLM, Søren, “Ethical Issues in Pre-implantation Diagnosis”, in *The Future of Human Reproduction: Ethics, Choice, and Regulation*, Oxford: Clarendon Press, 1998.
- KNOPPERS, Bartha M. / BORDET, Sylvie / ISASI, Rosario M., “Preimplantation Genetic Diagnosis: An Overview of Socio-Ethical and Legal Considerations”, in *Annual Review of Genomics and Human Genetics*, 2006.
- LOUREIRO, João Carlos, “Artigo 18.º - Pesquisa em Embriões In Vitro”, in *Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face as Aplicações da Biologia e da Medicina – 20 Anos de Vigência em Portugal*, Instituto Jurídico / Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, 2022.
- LOUREIRO, João Carlos, *Constituição e Biomedicina: Contributo para uma teoria dos deveres bioconstitucionais na esfera da genética humana – Volume I*, Coimbra, 2003.
- LOUREIRO, João Carlos, *Constituição e Biomedicina: Contributo para uma teoria dos deveres bioconstitucionais na esfera da genética humana – Volume II*, Coimbra, 2003.
- LOUREIRO, João Carlos, “Os Genes do nosso (Des)contentamento (Dignidade Humana e Genética: Notas de um Roteiro)”, in *Boletim da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra*, LXXVII, Coimbra, 2001.
- LOUREIRO, João Carlos, “Tomemos a sério os Direitos do Embrião e do Feto”, in *Cadernos de Bio-Ética*, n.º 14, 1997.
- MAGALHÃES, David, “A muito limitada Protecção Jurídica do Nascituro: De um Código Civil Viscoso ao Roe V. Wade à Portuguesa e ao «Dever de Abortar»”, in *Boletim da Faculdade de Direito*, vol. XCV, tomo I, 2019.



MANSO, Luís Duarte Baptista, “Da obrigação de informar em diagnóstico pré-natal e diagnóstico genético pré-implantação – as acções de “*wrongful birth*” e “*wrongful life*” e o instituto da responsabilidade civil”, in *Direito da Saúde – Estudos em Homenagem ao Prof. Doutor Guilherme de Oliveira* (coord. por João Loureiro, André Dias Pereira e Carla Barbosa), vol. 4, Coimbra: Almedina, 2016.

MANSO, Luís Duarte Baptista, “Responsabilidade civil em diagnóstico pré-natal – o caso das acções de “*wrongful birth*”, in *Lex Medicinæ*, ano 9, n.º 18, 2013.

MELO, Helena Pereira de, *Manual De Biodireito*, Coimbra: Almedina, 2008.

MELO, Helena Pereira de, “O Embrião e o Direito”, in *A Ética e o Direito no Início da Vida Humana* (coord. por Rui Nunes e Helena Pereira de Melo), Serviço de Bioética e Ética Médica Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Gráfica de Coimbra, 2001.

MONTEIRO, António Pinto, Anotação ao Acórdão do STJ, de 19 de junho de 2001, “Direito a não nascer?”, in *Revista de Legislação e de Jurisprudência*, ano 134, n.º 3933, Coimbra Editora, 2002.

MOTA PINTO, Paulo, “Indemnização em caso de “Nascimento Indevido” e de “Vida Indevida” (“*Wrongful Birth*” e “*Wrongful Life*”)”, in *Lex Medicinæ*, ano 4, n.º 7, 2007.

NETO, Margarida, “A Fertilidade e infertilidade humanas: a mulher, as técnicas e a ética”, in *A Ética e o Direito no Início da Vida Humana* (coord. por Rui Nunes e Helena Pereira de Melo), Serviço de Bioética e Ética Médica Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Gráfica de Coimbra, 2001.

NUNES, Rui, “Experimentação em Embriões Humanos”, in *Cadernos de Bio-Ética*, n.º 14, 1997.

NUNES, Rui, *Questões Éticas do Diagnóstico Pré-Natal da Doença Genética*, Porto, 1995.

NUNES VICENTE, Marta de Sousa, “Algumas reflexões sobre as acções de *wrongful life*: a jurisprudência *perruche*”, in *Lex Medicinæ*, ano 6, n.º 11, 2009.

OLIVEIRA ASCENSÃO, José de, “A Lei N.º 32/06, sobre procriação medicamente assistida”, in *Revista da Ordem dos Advogados*, ano 67, vol. II, 2007.

OLIVEIRA, Guilherme de, “Aspetos Jurídicos da Procriação Medicamente Assistida”, in *Temas de Direito da Medicina*, 2.ª Edição, Coimbra: Coimbra Editora, 2005.

OLIVEIRA, Guilherme de, “Beneficiários da Procriação Assistida”, in *Temas de Direito da Medicina*, 2.ª Edição, Coimbra: Coimbra Editora, 2005.

OLIVEIRA, Guilherme de, “Estrutura Jurídica do Acto Médico, Consentimento Informado e Responsabilidade Médica”, in *Temas de Direito da Medicina*, 2.ª Edição, Coimbra: Coimbra Editora, 2005.

OLIVEIRA, Guilherme de, “Implicações Jurídicas do Conhecimento do Genoma”, in *Temas de Direito da Medicina*, 2.ª Edição, Coimbra: Coimbra Editora, 2005.

OLIVEIRA, Guilherme de, “Legislar sobre Procriação Assistida”, in *Temas de Direito da Medicina*, 2.ª Edição, Coimbra: Coimbra Editora, 2005.

OLIVEIRA, Guilherme de, “O Direito do Diagnóstico Pré-Natal”, in *Temas de Direito da Medicina*, 2.ª Edição, Coimbra: Coimbra Editora, 2005.

OLIVEIRA, Guilherme de, “O Fim da «Arte Silenciosa»”, in *Temas de Direito da Medicina*, 2.ª Edição, Coimbra: Coimbra Editora, 2005.

OLIVEIRA, Guilherme de, “Um Caso de Seleção de Embriões”, in *Temas de Direito da Medicina*, 2.ª Edição, Coimbra: Coimbra Editora, 2005.

PATRÃO-NEVES, M., “A Infertilidade e o desejo de procriar: perspectiva filosófica”, in *A Ética e o Direito no Início da Vida Humana* (coord. por Rui Nunes e Helena Pereira de Melo), Serviço de Bioética e Ética Médica Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Gráfica de Coimbra, 2001.

PENNINGS, Guido, “Ethics of sex selection for family balancing: Family balancing as a morally acceptable application of sex selection”, in *Human Reproduction*, vol. 11, n.º 11, 1996.

PEREIRA, André Dias, *Direitos dos Pacientes e Responsabilidade Médica*, Coimbra: Coimbra Editora, 2015.

PEREIRA, André Dias, “Gene Editing: Portuguese Constitutional, Legal and Bioethical Framework”, in *Rechtliche Aspekte der Genom-Editierung an der menschlichen Keimbahn*, 47, 2019.

PEREIRA, André Dias, *O Consentimento Informado na Relação Médico-Paciente: Estudo de Direito Civil*, Coimbra Editora, 2004.

PEREIRA DE ALMEIDA, Daniel Blume / RODRIGUES DE MELO, Vivianne, “Eugenia invertida em PMA: reflexões na bioética e no biodireito”, in *Direito e Bioética: Estudos em homenagem à Professora Stela Barbas* (coord. por José Fernandes, Manoel Neto, Nara Britto, Shirlei Mota e Vivianne Melo), Coimbra: Almedina, 2020.

RAPOSO, Vera Lúcia / PEREIRA, André Dias, “Primeiras Notas sobre a Lei Portuguesa de Procriação Medicamente Assistida (Lei n.º 32/2006, de 26 de julho)” in *Lex Medicinae*, ano 3, n.º 6, 2007.

RAPOSO, Vera Lúcia, “As *wrong actions* no início da vida (*wrongful conception*, *wrongful birth* e *wrongful life*) e a responsabilidade médica”, in *Revista Portuguesa do Dano Corporal*, ano XIX, n.º 21, 2010.

RAPOSO, Vera Lúcia, “Comentário ao artigo 13.º: Intervenções sobre o genoma humano”, in *Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face as Aplicações da Biologia e da Medicina – 20 Anos de Vigência em Portugal*, Instituto Jurídico / Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, 2022.

RAPOSO, Vera Lúcia, “Direitos Reprodutivos”, in *Lex Medicinae*, ano 2, n.º 3, 2005.

RAPOSO, Vera Lúcia, “Embriões, Investigação Embrionária e Células Estaminais”, in *Lex Medicinae*, ano 9, n.º 18, 2013.

RAPOSO, Vera Lúcia, “Juridical Status of Human Embryos and Foetus at the Oviedo Convention”, in *Lex Medicinae*, ano 9, n.º 17, 2013.

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.

RAPOSO, Vera Lúcia, “O Dilema do Rei Salomão: Conflitos de Vontade quanto ao Destino dos Embriões Excedentários”, in *Lex Medicinae*, ano 5, n.º 9, 2008.

RAPOSO, Vera Lúcia, “Pode trazer-me o menu, por favor? Quero escolher o meu embrião – Os múltiplos casos de seleção de embriões em sede de diagnóstico genético pré-implantação”, in *Lex Medicinae*, ano 4, n.º 8, 2007.

RAPOSO, Vera Lúcia, “Querido, congelei os óvulos” (Sobre o adiamento da reprodução mediante a criopreservação de ovócitos), in *Direito da Saúde – Estudos em Homenagem ao Prof. Doutor Guilherme de Oliveira* (coord. por João Loureiro, André Dias Pereira e Carla Barbosa), vol. 4, Coimbra: Almedina, 2016.

RAPOSO, Vera Lúcia, “Responsabilidade médica em sede de diagnóstico pré-natal (*wrongful life e wrongful birth*)”, in *Revista do Ministério Público*, 132, 2012.

REGATEIRO, Fernando J., *Manual de Genética Médica*, 2.ª Ed., Coimbra: IUC, 2007.

REIS, Rafael Vale e, “Artigo 14.º - Não Seleção do Sexo”, in *Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face as Aplicações da Biologia e da Medicina – 20 Anos de Vigência em Portugal*, Instituto Jurídico / Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, 2022.

REIS, Rafael Vale e, “Deve abolir-se o anonimato do dador de gâmetas na Procriação Medicamente Assistida?”, in *Direito da Saúde – Estudos em Homenagem ao Prof. Doutor Guilherme de Oliveira* (coord. por João Loureiro, André Dias Pereira e Carla Barbosa), vol. 4, Coimbra: Almedina, 2016.

REIS, Rafael Vale e, *Procriação Medicamente Assistida: gestação de substituição, anonimato do dador e outros problemas*, Coimbra: Gestlegal, 2022.

RENAUD, Michel, “Análise Filosófica Acerca do Embrião Humano”, in *A Ética e o Direito no Início da Vida Humana* (coord. por Rui Nunes e Helena Pereira de Melo), Serviço de Bioética e Ética Médica Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Gráfica de Coimbra, 2001.

ROBERTO, Luciana Mendes Pereira, “Dos Aspetos Éticos do Consentimento Informado em Reprodução Assistida: Diagnóstico Genético Pré-Implantacional – Legislação Brasileira e Portuguesa”, in *Lex Medicinae*, ano 5, n.º 9, 2008.

- ROBERTSON, John A., *Children of Choice: Freedom and The New Reproductive Technologies*, Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 1994.
- ROBERTSON, John A., “Extending preimplantation genetic diagnosis: the ethical debate”, in *Human Reproduction*, vol. 18, n.º 3, 2003.
- ROBERTSON, John A., “Preconception Gender Selection”, in *The American Journal of Bioethics*, 2001.
- SANCHEZ, Yolanda Gomez, *El Derecho a la Reproduccion Humana*, Marcial Pons, Servicio Publicaciones Facultad Derecho Universidad Complutense de Madrid, Madrid, 1994.
- SANDEL, Michael J., *The Case against Perfection: Ethics in the age of Genetic Engineering*, Cambridge, Massachusetts, and London, England: The Belknap Press of Harvard University Press, 2007.
- SANTOS, Heloísa G. / PEREIRA, André Dias, *Genética para todos, De Mendel à Revolução Genómica do século XXI: a prática, a ética, as leis e a sociedade*, Lisboa: Gradiva, 2019.
- SCHOOT, V. van der, et al. “Preimplantation genetic testing for more than one genetic condition: clinical and ethical considerations and dilemmas”, in *Human Reproduction*, vol. 34, n.º 6, 2019.
- SERMON, Karen, et al. “The why, the how and the when of PGS 2.0: current practices and expert opinions of fertility specialists, molecular biologists, and embryologists”, in *Molecular Human Reproduction*, vol. 22, n.º 8, 2016.
- SERRÃO, Daniel, “Um protocolo anexo à Convenção de Bioética para a protecção do embrião e do feto”, in *A Ética e o Direito no Início da Vida Humana* (coord. por Rui Nunes e Helena Pereira de Melo), Serviço de Bioética e Ética Médica Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Gráfica de Coimbra, 2001.
- SGRECCIA, Elio, *Manual de Bioética: Fundamentos e Ética Médica*, Principia, 2009.
- SHENFIELD, F. et al. “ESHRE Taskforce 5: preimplantation genetic diagnosis”, in *Human Reproduction*, vol. 18, n.º 3, 2003.

- SHENFIELD, F. et al. “ESHRE Taskforce 9: the application of preimplantation genetic diagnosis for human leukocyte antigen typing of embryos”, in *Human Reproduction*, vol. 20, n.º 4, 2005.
- SILVA, Paula Martinho da / COSTA, Marta, *A Lei da Procriação Medicamente Assistida Anotada: (E Legislação Complementar)*, Coimbra Editora, 2011.
- SILVESTRE, Margarida, “Embriões Criopreservados – que destino?”, in *Direito da Saúde – Estudos em Homenagem ao Prof. Doutor Guilherme de Oliveira* (coord. por João Loureiro, André Dias Pereira e Carla Barbosa), vol. 4, Coimbra: Almedina, 2016.
- SILVESTRE, Margarida, *Embriões Excedentários: entre a técnica, a lei e a ética*, Coimbra: Coimbra Editora, 2015.
- SILVESTRE, Margarida, “Sex Selection and Assisted Reproduction Technologies”, in *Lex Medicinae*, ano 9, n.º 17, 2013.
- SINGER, Peter, *Practical Ethics*, Second Edition, Cambridge University Press, 1993.
- STEINBOCK, Bonnie / MCCLAMROCK, Ron, “When is Birth Unfair to the Child?”, in *The Hastings Center Report*, vol. 24, n.º 6, 1994.
- TELES, Natália Oliva, “Diagnóstico Genético Pré-Implantação: Aspectos Técnicos e Considerações Éticas”, in *Acta Médica Portuguesa*, 24, 2011.
- UPCHURCH, Angela K., “The Deep Freeze: A Critical Examination of the Resolution of Frozen Embryo Disputes Through the Adversarial Process”, in *Florida State University Law Review*, vol. 33, 2005.
- WERT, Guido de, et al. “ESHRE Task Force on Ethics and Law22: Preimplantation Genetic Diagnosis”, in *Human Reproduction*, vol. 29, 2014.
- WERT, Guido de, “Preimplantation genetic diagnosis: the ethics of intermediate cases”, in *Human Reproduction*, vol. 20, n.º 12, 2005.

## WEBGRAFIA

---

<https://www.cneqv.pt/pt> (20/01/2023)

<https://www.centrodedireitobiomedico.org/> (25/01/2023)

<https://www.pgdlisboa.pt/home.php> (25/01/2023)

<https://diariodarepublica.pt/dr/home> (25/01/2023)

<http://www.dgsi.pt/> (27/01/2023)

<https://www.cnpma.org.pt/> (27/01/2023)

<https://upbioetica.org/> (19/01/2023)

<https://www.eshg.org/home> (17/02/2023)

<https://www.eshre.eu/> (18/02/2023)

<https://www.who.int/> (28/02/2023)

<https://www.hugo-international.org/> (5/03/2023)

<https://spm.r.pt/> (7/03/2023)

<https://www.parlamento.pt/> (10/04/2023)

## JURISPRUDÊNCIA

---

### TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

Acórdão n.º 101/2009, de 1 de abril

(disponível em <https://www.tribunalconstitucional.pt/tc/acordaos/20090101.html>)

Acórdão n.º 55/2016, de 2 de fevereiro

(disponível em <http://www.tribunalconstitucional.pt/tc/acordaos/20160055.html>)

### SUPREMO TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Acórdão do STJ, de 19 de junho de 2001, processo n.º 01A1008.

(<http://www.dgsi.pt/jstj.nsf/954f0ce6ad9dd8b980256b5f003fa814/a58b8e01db0db488802577a80046c040?OpenDocument>)

Acórdão do STJ, de 17 de janeiro de 2013, processo n.º 9434/06.6TBMTS.P1.S1.

(<http://www.dgsi.pt/jstj.nsf/954f0ce6ad9dd8b980256b5f003fa814/e657efc25ebbf3b80257af7003ca979?OpenDocument>)

Acórdão do STJ, de 12 de março de 2015, processo n.º 1212/08.4TBBCL.G2.S1.

(<http://www.dgsi.pt/jstj.nsf/954f0ce6ad9dd8b980256b5f003fa814/df88aba1ad4abd9d80257e0700377278?OpenDocument>)

### TRIBUNAL DA RELAÇÃO DE LISBOA

Acórdão do TRL, de 10 de janeiro de 2012, processo n.º 1585/06.3TCSNT.L1-1.

(<http://www.dgsi.pt/jtrl.nsf/33182fc732316039802565fa00497eec/6463449d08f9477d80257989003ce07b?OpenDocument>)