cnpma
conselho nacional de procriação medicamente assistida

Exmo. Senhor
Chefe do Gabinete do Secretário de Estado
Adjunto e da Saúde
Dr. Jaime Alves
Av. João Crisóstomo, n.º 9 – 5.º
1049-062 LISBOA

N.º de REF: 176/CNPMA/2016	DATA: 10.11.2016

Assunto: Projeto de Decreto-Lei | Regulamentação da Lei n.º 17/2016

Em resposta ao V. pedido de parecer relativo ao projeto de decreto-lei que procede a regulamentação da Lei n.º 17/2016, de 20 de junho, e dada a urgência fixada, junto se envia o documento no qual se assinalam as observações e sugestões que este Conselho entende deverem ser ponderadas na redação final do projeto, designadamente:

- A amarelo destacam-se as notas e comentários.
- A verde as propostas de acrescentos.
- A encarnado assinalam-se as propostas de eliminação.

Finalmente, o Conselho lamenta que não tenha sido possível tomar posição já neste diploma acerca dos limites de idade dos vários beneficiários para a concretização das técnicas de PMA, matéria sem dúvida sensível mas que importa abordar por ser essencial para impedir usos abusivos e despropositados destas técnicas e, nomeadamente, usos que comportem riscos para a saúde das beneficiárias e/ou crianças que venham a nascer como resultado da aplicação das mesmas.

Com os melhores cumprimentos

Presidente do CNPMA
Eurico José Marques dos Reis – Juiz Desembargador

Assembleia da República
Palácio de São Bento
1249-068 Lisboa - Portugal
Tel. (+351) 21 391 9303
Fax. (+351) 21 391 7502
cnpma.correio@ar.parlamento.pt
www.cnpma.org.pt

9.

Projeto de Decreto-Lei n.º__/2016

A Lei n.º 17/2016, de 20 de junho, veio alargar o âmbito dos beneficiários das técnicas de procriação medicamente assistida (PMA), garantindo o acesso de todas as mulheres à PMA, independentemente do seu estado civil, orientação sexual e diagnóstico de infertilidade, procedendo assim à segunda alteração à Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, que regula as técnicas de PMA.

Neste sentido, a alteração introduzida visa eliminar a restrição até agora vigente, segundo a qual o acesso às técnicas de PMA estava reservado aos casados ou às pessoas de sexo diferente que vivem em condições análogas às dos cônjuges há pelo menos dois anos, ***assegurando-se, deste modo, o respeito pelo princípio da igualdade no acesso às técnicas de PMA e rejeitando-se a exclusão de qualquer mulher no acesso às mesmas.***

Nota breve: há nas palavras sublinhadas uma crítica veemente à versão inicial da Lei (que pode não ser bem interpretada). Assinala-se o facto mas não se oferece solução por se desconhecer a ideia que motivou a utilização dessas palavras. Para o Conselho, a Lei n.º 32/2006 deve ser apreciada à luz do estado de consciência que os portugueses e portuguesas tinham na altura acerca desta matéria e que o que deverá ser saudado é o facto de essa consciência social ter evoluído a ponto de agora ser possível aprovar uma medida desta magnitude e tão ética e socialmente relevante.

O artigo 3.º da Lei n.º 17/2016, de 20 de junho, determina que o Governo aprova, no prazo máximo de 120 dias após a publicação da lei, a respetiva regulamentação.

Assim, e atendendo que se trata de uma matéria sensível e de elevada diferenciação, foi nomeada pelo Despacho n.º 8533-A/2016, publicado no *Diário da República*, 2.º série, n.º 124, de 30 de junho, a Comissão de Regulamentação da Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 17/2016, de 20 de junho, com a função de elaborar um anteprojeto de decreto-lei que proceda à respetiva regulamentação e que incorpore as mais recentes experiências internacionais e estudos elaborados nesta matéria.

O processo de elaboração do anteprojeto de decreto-lei foi desenvolvido pela referida Comissão, tendo a mesma consultado o Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida, os Diretores dos Centros de PMA, a Sociedade Portuguesa de Medicina de Reprodução e a Sociedade Portuguesa de Andrologia, Medicina Sexual e Reprodução no desenvolvimento dos seus trabalhos. Das consultas efetuadas e da reflexão realizada pela própria Comissão resultou a identificação de matérias que, com o alargamento dos beneficiários das técnicas de PMA, através da Lei n.º 17/2016, de 20 de junho, importa ao Governo regular através do presente diploma.

A aplicação de técnicas de PMA na ausência de infertilidade realça ainda mais a exigência geral de, pela boa prática médica e segurança dos cuidados a prestar aos beneficiários de técnicas de PMA e desde que existam razoáveis probabilidades de êxito, privilegiar a inseminação artificial em relação às restantes técnicas de PMA, atendendo à sua menor intervenção e invasividade.

É ainda relevante assegurar que a utilização de técnicas de PMA não comporta riscos significativos para a saúde da mãe e da criança, salvaguardando-se assim a saúde e integridade física das mesmas.

Com o alargamento do acesso às técnicas de procriação medicamente assistida é premente assegurar o princípio da igualdade de tratamento entre os novos beneficiários e os beneficiários que reúnam os requisitos previstos nos artigos 4.º e 6.º da Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, na sua versão original, favorecendo-se a equidade no acesso às técnicas de PMA. Pretende-se assim, através do presente decreto-lei, concretizar esse acesso sem exclusão, assegurando uma prestação de serviços adequada, segura e não discriminatória, conforme plasmado na Lei n.º 17/2016, de 20 de junho.

Sublinha-se ainda a importância, com o presente alargamento, de dotar os Centros públicos de PMA de condições adequadas para fazer face a um aumento da utilização destas técnicas, assegurando-se, designadamente, um maior acesso a gâmetas de dadores terceiros, de forma a gerar uma maior capacidade de resposta no setor público. Neste sentido, importa uma redefinição estratégica desta área que considere o alargamento do acesso às técnicas da PMA efetuado através da Lei n.º 17/2016, de 20 de junho, e que permita também um aumento da capacidade de resposta para todos os beneficiários.

Através do presente decreto-lei é ainda clarificado o destino de espermatozoides, ovócitos, tecido testicular e tecido ovárico criopreservados, nomeadamente porque o aumento do

acesso às técnicas de PMA provocará também um aumento da criopreservação, tornando ainda mais premente definir o destino de gâmetas e tecido ***germinativo*** e evitar a indesejável eternização da sua conservação, sem que os mesmos sejam utilizados ou reclamados pelos seus beneficiários. O mesmo se aplica aos embriões criopreservados antes da entrada em vigor da Lei n.º 32/2006, de 26 de julho.

Nota breve: nos seus documentos e nomeadamente no regulamento "Requisitos e parâmetros de funcionamento dos centros de PMA", o CNPMA usa a palavra **"gonadal"** em vez de *"germinativo"* por se ter entendido ser aquele o conceito mais adequado.

Assim:

Ao abrigo do disposto no artigo 3.º da Lei n.º 17/2016, de 20 de junho, e nos termos da alínea a) do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

Artigo 1.º

Objeto

1. O presente decreto-lei regulamenta a Lei n.º 17/2016, de 20 de junho, que procede à segunda alteração à Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, alterada pela Lei n.º 59/2007, de 4 de setembro, garantindo o acesso de todas as mulheres à procriação medicamente assistida (PMA).

2. O presente decreto-lei define ainda o destino de espermatozoides, ovócitos, tecido testicular, tecido ovárico ~~e embriões criopreservados.~~

Sugere-se a eliminação de *"e embriões criopreservados"*. Percebe-se que esta menção surge porque existe o artigo 7.º, mas então o art.º 25º da Lei 32/2006, com a redação que lhe foi dada pelo art.º 2.º da Lei n.º 17/2016, como fica? E vale mesmo a pena?

Artigo 2.º

Acesso à PMA

1. As técnicas de PMA são um método subsidiário e não alternativo de procriação que podem ser utilizadas:

a) Por casais inférteis que preencham os requisitos previstos nos n.ºs 1 e 2 do artigo 6.º da Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, com a redação que lhe foi dada pelo art.º 2.º da Lei n.º 17/2016, de 20 de junho;

b) Por todas as mulheres independentemente de um diagnóstico de infertilidade, do estado civil e da orientação sexual, que reúnam os requisitos previstos no n.º 2 do artigo 6.º da Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, com a redação que lhe foi dada pelo art.º 2.º da Lei n.º 17/2016, de 20 de junho;

c) Por casais de sexo diferente ou casais de mulheres que reúnam os requisitos previstos no n.º 2 do artigo 6.º da Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, na sua atual redação com a redação que lhe foi dada pelo art.º da Lei n.º 17/2016, de 20 de junho, independentemente de um diagnóstico de infertilidade.

Sugere-se o aditamento desta alínea para assim evitar uma infeliz omissão legislativa.

2. As técnicas de PMA podem ainda ser usadas, por todas as pessoas beneficiárias identificadas no número 1 como contributo para o tratamento de doença grave ou para a minimização do risco de transmissão de doenças de origem genética, infeciosa ou outras e, em particular, quando seja ponderosa a necessidade de obter grupo HLA (human leukocyte antigen) compatível para efeitos de tratamento de doença grave.

Sugere-se o aditamento deste ponto que, não obstante poder consubstanciar uma repetição face ao artigo 7.º da Lei n.º 17/2016, de 20 de junho, permite clarificar que o recurso a técnicas de PMA para efeitos de tratamento de doença grave ou para a minimização do risco de transmissão de doenças de origem genética, infeciosa ou outras é admissível para a todos os beneficiários e beneficiárias.

~~2. As técnicas de PMA só podem ser utilizadas quando a concretização da técnica não comporte riscos significativos para a saúde da mãe e da criança, em cumprimento do disposto na alínea a) do artigo 12.º da Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, na sua atual redação.~~

Sugere-se a eliminação deste ponto pois trata-se de uma inútil e potencialmente confucionista repetição da alínea a) do art.º 12.º.

~~3. A decisão de realizar uma avaliação psicológica prévia à aplicação das técnicas de PMA, por psiquiatra ou psicólogo, cabe ao diretor do centro de PMA,~~

~~independentemente do beneficiário ser casal de sexo diferente, casal de mulheres ou mulheres sem parceiro.~~

As **liberdades cívicas** são deveras uma coisa muito complicada; o diretor do centro é livre para poder dizer que não praticará a técnica sem a realização prévia desse exame e a/as/os beneficiárias/os são livres para dizer se aceitam ou não essa imposição **que não é ilegal** ou se preferem ir a outro centro.

Sugere-se a seguinte redação e aditamento dos pontos 4 e 5:

3. Independentemente da pessoa ou pessoas beneficiárias serem casal de sexo diferente, casal de mulheres ou mulheres sem parceiro, caso o diretor do centro de PMA entenda que se mostra necessário realizar uma avaliação psicológica prévia à aplicação das técnicas de PMA, deve o mesmo declará-lo à pessoa ou pessoas beneficiárias, não podendo essa avaliação ser realizada sem o consentimento prévio desta ou destas últimas.

4. É lícito o diretor do centro não autorizar a aplicação das técnicas de PMA caso a pessoa ou pessoas beneficiárias recusem realizar a avaliação psicológica prévia prevista no número 3.

5. A avaliação psicológica referida no número 3 será sempre realizada por médico especialista em psiquiatria ou por psicólogo clinico.

Artigo 3.º

Técnicas de PMA

1. As mulheres sem parceiro têm acesso a todas as técnicas de PMA previstas no artigo 2.º da Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, com a redação que lhe foi dada pelo art.º 2.º da Lei n.º 17/2016, de 20 de junho, em circunstâncias semelhantes às dos casais de sexo diferente e dos casais de mulheres.

2. No caso de casais de mulheres, a decisão relativa ao membro do casal que é submetido a inseminação artificial ou fertilização in vitro cabe ao casal, a não ser que exista uma razão clínica ponderosa que não aconselhe a realização da técnica de PMA a essa mulher.

3. Na aplicação de técnicas de PMA deve privilegiar-se a inseminação artificial, a não ser que exista uma razão clínica que fundamente a utilização de uma outra técnica de PMA.

4. Nas situações em que exista indicação médica para a doação simultânea de ovócitos e espermatozoides doados por terceiros deve privilegiar-se o recurso à doação de embriões.

Artigo 4.º

Principio da não discriminação

É proibida a existência de tempos de espera distintos para os tratamentos de PMA, em função do beneficiário ser casal de sexo diferente, casal de mulheres ou mulheres sem parceiro, sem prejuízo das prioridades estabelecidas com base em critérios objetivos de gravidade clínica.

Artigo 5.º

Recurso a técnicas de PMA no Serviço Nacional de Saúde

1. O acesso a técnicas de PMA no âmbito do Serviço Nacional de Saúde pelos beneficiários previstos na alínea b) do n.º 1 do artigo 2.º do presente decreto-lei deve obedecer aos mesmos critérios que são aplicados aos casais de sexo diferente com acesso às técnicas de PMA ao abrigo da Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, na sua versão original.

2. No Serviço Nacional de Saúde não é permitido ao casal de mulheres submeter-se individualmente e em simultâneo a tratamentos para uma técnica de PMA.

Artigo 6.º

Destino dos espermatozoides, ovócitos, tecido testicular e tecido ovárico

1. Os espermatozoides, ovócitos, tecido testicular e tecido ovárico são criopreservados por um prazo máximo de 5 anos.

2. A pedido das pessoas beneficiárias, em situações devidamente justificadas, o diretor do centro de PMA pode assumir a responsabilidade de alargar o prazo de criopreservação de espermatozoides, ovócitos, tecido testicular e tecido ovárico por um novo período de 5 anos, sucessivamente renovável por igual período.

3. Decorrido o prazo de cinco anos referido no n.º 1, sem prejuízo das alterações previstas no n.º 2, podem os espermatozoides, ovócitos, tecido testicular e tecido ovárico ser destruídos, doados a terceiros, quando assim se justifique, ou doados para investigação científica se outra destinação não lhes for dada.

4. O destino dos espermatozoides, ovócitos, tecido testicular e tecido ovárico previsto no número anterior só pode verificar-se mediante o consentimento livre, esclarecido, de forma expressa e por escrito, através de modelos de consentimento informado elaborados pelo CNPMA, perante o médico responsável, dos beneficiários originários.

5. Consentida a doação nos termos previstos no n.º 3, sem que nos 10 anos subsequentes ao momento da criopreservação, os espermatozoides, ovócitos, tecido testicular e tecido ovárico tenham sido utilizados em benefício de terceiro, quando assim se justifique ou em projeto de investigação, podem os mesmos ser descongelados e eliminados, por determinação do diretor do centro de PMA.

6. Se não for consentida a doação nos termos do n.º 4, logo que decorrido qualquer um dos prazos indicados no n.º 1 ou no n.º 2, podem os espermatozoides, ovócitos, tecido testicular e tecido ovárico ser descongelados e eliminados, por determinação do diretor do centro de PMA.

~~7. Os espermatozoides, ovócitos, tecido testicular e tecido ovárico que tenham sido criopreservados em data anterior à entrada em vigor da Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, podem ser descongelados e eliminados por determinação do diretor do centro de PMA.~~

Sugere-se a eliminação deste ponto. O CNPMA entende que esta solução colide frontalmente com o estatuído no art.º 12.º do Código Civil no qual se estabelece que a Lei só prevê para o futuro. Há mesmo justificação para iniciar um potencial conflito? Afinal os gâmetas já estão criopreservados há tanto tempo!!

~~Artigo 7.º~~

~~Destino dos embriões~~

~~O disposto no n.º 7 do artigo anterior é aplicável igualmente aos embriões.~~

Sugere-se a eliminação deste artigo, por maioria de razão, pelo argumento expresso na nota anterior.

Artigo 8.º

Entrada em vigor

O presente decreto-lei entra em vigor no dia seguinte a sua publicação.