

Parecer

Projeto de Lei n.º 231/XIV/1ª (CDS-PP)

Autora: Deputada Elza Pais

“Sétima alteração à Lei n.º32/2006, de 26 de julho, aumentando de três para cinco ciclos de tratamentos de segunda linha de Procriação Medicamente Assistida, comparticipados pelo Serviço Nacional de Saúde”



Comissão Parlamentar de Saúde

ÍNDICE

PARTE I - CONSIDERANDOS

PARTE II - OPINIÃO DA DEPUTADA AUTORA DO PARECER

PARTE III - CONCLUSÕES

PARTE IV- ANEXOS

PARTE I - CONSIDERANDOS

1 – Introdução

O Grupo Parlamentar do CDS-PP tomou a iniciativa de apresentar à Assembleia da República, em 5 de março de 2020, o Projeto de Lei n.º 231/XIV/1ª, que pretende a *“Sétima alteração à Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, aumentando de três para cinco ciclos de tratamentos de segunda linha de Procriação Medicamente Assistida, comparticipados pelo Serviço Nacional de Saúde”*.

Esta apresentação foi efetuada, nos termos do disposto na alínea b) do nº 1 do artigo 156º da Constituição da República Portuguesa (CRP) e do artigo 118º do Regimento da Assembleia da República (RAR), reunindo os requisitos formais previstos no artigo 124º desse mesmo Regimento.

Por despacho de Sua Excelência o Presidente da Assembleia da República, datado de 10 de março de 2020, a iniciativa vertente foi admitida e baixou à Comissão de Saúde, tendo sido designado como relatora a Deputada Elza Pais (GPPS).

2- Objeto e Motivação

O Grupo Parlamentar do CDS-PP apresentou o Projeto de Lei em análise, no sentido de aumentar de três para cinco, os ciclos de tratamentos de segunda linha de Procriação Medicamente Assistida (PMA), comparticipados pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS).

No essencial, a presente iniciativa prevê que o SNS participe cinco ciclos de tratamentos de segunda linha de Procriação Medicamente Assistida (PMA) (artigo 2.º), estabelecendo o artigo 4.º que a entrada em vigor da lei ocorrerá com Orçamento do Estado subsequente à sua publicação.

Comissão Parlamentar de Saúde

A razão primordial que está subjacente à apresentação desta iniciativa prende-se com a convicção de que, dentro da idade limite prevista legalmente, cada ciclo suportado pelo Estado é mais uma oportunidade para se alcançar a gravidez. Nessa medida, defende que a acumulação de ciclos de tratamento aumenta exponencialmente as taxas de sucesso, devendo o Estado investir nos casais que não conseguem alcançar uma gravidez nos primeiros três ciclos, porquanto a situação atual gera uma grande injustiça social, na medida em que muitos casais inférteis não têm capacidade financeira para continuar com os tratamentos após o terceiro ciclo assumido pelo SNS.

Os autores alegam que em Portugal, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), comparticipa a 100% três ciclos de tratamentos de 2ª linha de PMA (regulada pela Lei nº 32/2006 de 26 de julho, na sua redação atual – Lei nº 58/2017 de 25 de julho). No entanto, segundo a Associação Portuguesa de Fertilidade (APF), este número deveria ser alargado uma vez que, na maioria dos casos, a gravidez não é alcançada durante estes três ciclos.

Referem também que os tratamentos de 1ª linha (como indução de ovulação e inseminação intrauterina) são comparticipados pelo SNS, não existindo nenhum limite em relação ao número de ciclos por casal para a indução de ovulação, mas que, para a inseminação intrauterina, há um limite de 3 ciclos (para cada caso/casal), podendo ser realizados no mesmo ano civil.

Já os tratamentos de 2ª linha são mais complexos (Fecundação In Vitro - FIV e Micro Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoide – ICSI) e são, como já referido, comparticipados a 100%, pelo SNS, durante três ciclos de tratamentos.

O grupo parlamentar proponente considera assim, que a principal mensagem a reter é que a acumulação de ciclos de tratamento aumenta exponencialmente as taxas de sucesso valendo, por isso, a pena continuar a investir nos casais que não conseguem alcançar uma gravidez nos primeiros três ciclos.

Comissão Parlamentar de Saúde

Torna-se, então, determinante que o Estado ajude estes casais, proporcionando-lhes melhores condições para terem filhos. Nesse sentido, o CDS-PP entende que uma das medidas a tomar será aumentar de três para cinco os ciclos de tratamentos de segunda linha de PMA comparticipados pelo SNS.

3 - Do enquadramento constitucional, legal e antecedentes

O Grupo Parlamentar do CDS-PP apresentou o diploma ora em análise, que pretende a *“Sétima alteração à Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, aumentando de três para cinco ciclos de tratamentos de segunda linha de Procriação Medicamente Assistida, comparticipados pelo Serviço Nacional de Saúde”*.

Esta iniciativa é apresentada ao abrigo do disposto no artigo 167.º da Constituição da República Portuguesa (CRP) e no artigo 118.º Regimento da Assembleia da República (RAR). Trata-se de um poder dos Deputados, por força do disposto na alínea b) do artigo 156.º da CRP e na alínea b) do n.º 1 do artigo 4.º do Regimento da Assembleia da República (RAR), bem como dos grupos parlamentares, por força do disposto na alínea g) do n.º 2 do artigo 180.º da CRP.

A iniciativa em questão respeita os requisitos formais previstos no n.º 1 do artigo 119º e nas alíneas a), b) e c) do n.º 1 do artigo 124 do RAR, relativamente às iniciativas em geral, bem como os previstos no n.º 1 do artigo 123º (também do RAR), quanto aos projetos de lei em particular.

O diploma ora em análise, que propõe a *“Sétima alteração à Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, aumentando de três para cinco ciclos de tratamentos de segunda linha de Procriação Medicamente Assistida, comparticipados pelo Serviço Nacional de Saúde”*, ao remeter, no artigo 4.º, a respetiva entrada em vigor para a data de entrada em vigor da lei de Orçamento do Estado posterior à sua publicação, acautela o limite à apresentação de iniciativas previsto no n.º 2 do artigo 167.º da Constituição e, igualmente, no n.º 2 do artigo 120.º do Regimento, designado «lei-travão»

Comissão Parlamentar de Saúde

No que concerne ao enquadramento internacional (direito comparado), e antecedentes legislativos sobre a matéria em questão, o presente parecer remete para a Nota Técnica elaborada pelos serviços parlamentares, a qual se anexa e se considera por integralmente reproduzida.

PARTE II – OPINIÃO DA RELATORA

A Deputada relatora exime-se, nesta sede, de manifestar a sua opinião política sobre o Projeto de Lei n.º 231/XIV/1ª, a qual é, de resto, de “elaboração facultativa” nos termos do n.º 3 do artigo 137.º do Regimento da Assembleia da República. O Grupo Parlamentar em que se integra, reserva a sua posição para o debate posterior.

PARTE III – CONCLUSÕES

1. A 5 de março de 2020, o Grupo Parlamentar do CDS-PP tomou a iniciativa de apresentar à Assembleia da República, o Projeto de Lei n.º 231/XIV/1ª, que pretende a *“Sétima alteração à Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, aumentando de três para cinco ciclos de tratamentos de segunda linha de Procriação Medicamente Assistida, comparticipados pelo Serviço Nacional de Saúde”*.
2. Esta apresentação foi efetuada nos termos constitucionais, legais e regimentais aplicáveis, encontrando-se reunidos os requisitos formais e de tramitação exigidos.
3. De acordo com o n.º 4 do artigo 131.º do RAR, deve a nota técnica, elaborada pelos serviços da Assembleia ser junta, como anexo, ao parecer, e acompanhar a iniciativa legislativa ao longo de todo o processo legislativo.
4. Nos termos regimentais aplicáveis, deve o presente parecer ser remetido a sua Excelência, o Presidente da Assembleia da República
5. Face ao exposto, a Comissão de Saúde é de parecer que a iniciativa em apreço reúne os requisitos exigidos para ser discutida e votada em Plenário,

Comissão Parlamentar de Saúde

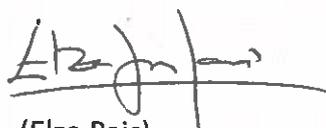
reservando os grupos parlamentares as suas posições de voto para esse momento.

PARTE IV – ANEXOS

Nos termos do n.º 2 do artigo 137º do RAR, segue em anexo, ao presente parecer, a Nota Técnica a que se refere o artigo 131º do mesmo Regimento.

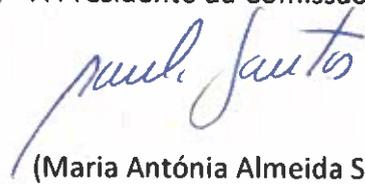
Palácio de S. Bento, 18 de maio de 2020

A Deputada autora do Parecer



(Elza Pais)

1ª A Presidente da Comissão



(Maria Antónia Almeida Santos)

Projeto de Lei n.º 231/XIV/1.ª (CDS-PP)

Sétima alteração à Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, aumentando de três para cinco ciclos de tratamentos de segunda linha de Procriação Medicamente Assistida, comparticipados pelo Serviço Nacional de Saúde.

Data de admissão: 10-03-2020

Comissão de Saúde (9.ª)

Índice

- I. Análise da iniciativa**
- II. Enquadramento parlamentar**
- III. Apreciação dos requisitos formais**
- IV. Análise de direito comparado**
- V. Consultas e contributos**
- VI. Avaliação prévia de impacto**

Elaborado por: Inês Mota (DAC), Maria Leitão e Nuno Amorim (DILP) e Rafael Silva (DAPLEN)

Data: 30 de abril de 2020

I. Análise da iniciativa

• A iniciativa

O Grupo Parlamentar do Partido CDS – Partido Popular (CDS-PP) apresentou o [Projeto de Lei \(PJL\) n.º 231/XIV/1.^a](#), que tem por objeto a sétima alteração à Lei n.º 32/2006, de 26 de julho – lei que regula a utilização de técnicas de procriação medicamente assistida (PMA) – no sentido de aumentar, de três para cinco, os ciclos de tratamentos de segunda linha de PMA, comparticipados pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Em síntese, a presente iniciativa prevê que o SNS participe cinco ciclos de tratamentos de segunda linha de Procriação Medicamente Assistida (PMA) (artigo 2.º). O artigo 4.º desta iniciativa estabelece que a entrada em vigor da lei ocorrerá com Orçamento do Estado subsequente à sua publicação.

A razão primordial que está subjacente à apresentação desta iniciativa prende-se com a convicção do proponente de que, dentro da idade limite prevista legalmente, cada ciclo suportado pelo Estado é mais uma oportunidade para se alcançar a gravidez. Nessa medida, defende que a acumulação de ciclos de tratamento aumenta exponencialmente as taxas de sucesso, devendo o Estado investir nos casais que não conseguem alcançar uma gravidez nos primeiros três ciclos, porquanto a situação atual gera uma grande injustiça social, na medida em que muitos casais inférteis não têm capacidade financeira para continuar com os tratamentos após o terceiro ciclo assumido pelo SNS.

• Enquadramento jurídico nacional

O [Department of Sexual and Reproductive Health and Research](#) da *World Health Organization* define clinicamente «infertilidade» como uma doença do sistema reprodutivo que se traduz na incapacidade de um casal conceber ou levar a bom termo uma gravidez, depois de pelo menos um ano de relacionamento sexual regular sem qualquer proteção¹. Já a [Associação Portuguesa de Fertilidade](#) (APF), instituição particular de solidariedade social que apoia, informa e defende a comunidade afetada por problemas nesta área, define «infertilidade» como o «resultado de uma falência

¹ Sítio do [Department of Sexual and Reproductive Health and Research](#).

orgânica devida à disfunção dos órgãos reprodutores, dos gâmetas ou do conceto. Um casal é infértil quando não alcança a gravidez desejada ao fim de um ano de vida sexual contínua sem métodos contraceptivos (...) em que a mulher tem menos de 35 anos de idade e em que ambos não conhecem qualquer tipo de causa de infertilidade que os atinja. Também se considera infértil o casal que apresenta abortamentos de repetição (a partir de três consecutivos)»².

De acordo com o Guia para profissionais e pessoas com problemas de fertilidade disponível no sítio da APF, a «infertilidade afeta cerca de 80 milhões de pessoas em todo o mundo estimando-se que um em cada dez casais sofre de infertilidade primária ou secundária (WHO, 2002). A prevalência da infertilidade conjugal é de 15-20% na população em idade reprodutiva, estando 40% das causas associadas ao sexo masculino, 40% ao sexo feminino, 10% aos dois sexos (combinada) e 10% de causa inexplicada ou desconhecida (idiopática)»³.

Sobre as causas da infertilidade pode ler-se no mencionado Guia que esta tem «aumentado nos países industrializados devido a fatores como o adiamento da idade de conceção, o maior número de Infeções Sexualmente Transmissíveis, os hábitos sedentários e consumo excessivo de gorduras, tabaco, álcool e drogas, bem como os aditivos e conservantes, utilizados nos produtos alimentares e os químicos libertados na atmosfera»⁴.

Segundo o Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA), autoridade competente, independente e especializada, legitimada para regular, disciplinar e acompanhar a prática da PMA em Portugal, «a avaliação e o tratamento de situações clínicas de infertilidade conjugal fazem parte das preocupações médicas há mais de um século. As alternativas terapêuticas foram evoluindo em paralelo com os desenvolvimentos de outras áreas da medicina. Nos anos 60 e 70 do século passado, foram efetuadas, sobretudo por autores ingleses, investigações profundas sobre os fenómenos ligados à reprodução, que culminaram na introdução de uma nova técnica

² Sítio Associação Portuguesa de Fertilidade.

³ Guia para profissionais e pessoas com problemas de fertilidade, pág. 5.

⁴ Guia para profissionais e pessoas com problemas de fertilidade, pág. 5.

terapêutica com componente laboratorial complexo – a Fertilização in Vitro (FIV). O nascimento da primeira criança resultante desta técnica teve lugar a 25 de julho de 1978. Em Portugal, o primeiro ciclo terapêutico de FIV foi efetuado no Hospital de Santa Maria/Faculdade de Medicina de Lisboa (equipa dirigida pelo Prof. Doutor Pereira Coelho) em julho de 1985. A primeira criança portuguesa cuja fecundação ocorreu por FIV nasceu em fevereiro de 1986»⁵.

De acordo com o Relatório da «[Atividade Desenvolvida pelos Centros de PMA em 2015](#)» apresentado pelo CNPMA, documento que visa transmitir uma «visão pormenorizada das características dos casais tratados, dos aspetos técnicos dos tratamentos e dos seus resultados» (...) em 2015, nasceram em Portugal 2504 crianças como resultado do uso das várias técnicas de PMA, o que representa 2,9% do número total de nascimentos ocorridos no nosso país nesse ano. Em 2014 essa percentagem fora igualmente de 2,9%». E, de acordo com os últimos dados disponíveis, em 2016 o número de crianças originadas em tratamentos com PMA representou cerca de 3% do total de crianças nascidas em Portugal. Estima-se que em todo o mundo já tenham nascido mais de 3 milhões de crianças como resultado de PMA.

De acordo com dados disponibilizados pela APF relativamente à situação portuguesa «não existe até ao momento informação completa que permita confirmar a percentagem de casais em situação de infertilidade mas supõe-se que existam entre 10 % e 15% de casais nesta situação, correspondendo mais ou menos a cerca de 500 mil indivíduos inférteis no nosso país»⁶.

No nosso ordenamento jurídico, a primeira iniciativa que visava a adoção de legislação sobre a procriação medicamente assistida (PMA) data da VII Legislatura (1995/1999). Tratava-se da [Proposta de Lei n.º 135/VII - Regula as técnicas de procriação medicamente assistida](#), iniciativa que chegou a ser aprovada, com os votos a favor do Partido Socialista e do CDS–Partido Popular, a abstenção do Partido Social Democrata e os votos contra dos restantes grupos parlamentares. Tendo dado origem ao [Decreto n.º 415/VII](#) que foi [vetado](#) pelo Presidente da República Jorge Sampaio, em cuja

⁵ Sítio do [Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida](#).

⁶ [Guia para profissionais e pessoas com problemas de fertilidade](#), pág. 5.

mensagem se pode ler: «várias das soluções nele preconizadas parecem-me demasiado controversas e conflituais para permitirem a prossecução adequada, nos termos referidos, dos objetivos de garantia e harmonização de todos os valores, direitos e interesses dignos de proteção». Esta iniciativa acabou por caducar em outubro de 1999.

Posteriormente, na IX Legislatura, foram apresentados três projetos de lei: o [Projeto de Lei n.º 90/IX \(PS\) - Regula as técnicas de procriação medicamente assistidas](#); o [Projeto de Lei n.º 371/IX \(BE\) - Procriação medicamente assistida](#); e o [Projeto de Lei n.º 512/IX \(PCP\) - Regula as técnicas de reprodução medicamente assistida](#), iniciativas que caducaram em 22 de dezembro de 2004.

Foi já durante a X Legislatura que foi publicada a [Lei n.º 32/2006, de 26 de julho](#)⁷, que veio regular a utilização de técnicas de procriação medicamente assistida concretizando, deste modo, a alínea e) do n.º 2 do [artigo 67.º](#) da Constituição da República Portuguesa que determina «que incumbe ao Estado regulamentar a procriação medicamente assistida, em termos que salvaguardem a dignidade da pessoa humana». Este diploma, de que pode ser consultada uma [versão consolidada](#)⁸, sofreu, até à data, as alterações introduzidas pelas Leis n.ºs [59/2007, de 4 de setembro](#), [17/2016, de 20 de junho](#), [25/2016, de 22 de agosto](#), [58/2017, de 25 de julho](#), [49/2018, de 14 de agosto](#), e [48/2019, de 8 de julho](#).

A Lei n.º 59/2007, de 4 de setembro⁹, que procedeu à primeira alteração à Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, veio aditar o artigo 43.º-A - *Responsabilidade penal das pessoas coletivas e equiparadas*, passando a prever que «as pessoas coletivas e entidades equiparadas são responsáveis, nos termos gerais, pelos crimes previstos na presente lei». Seguiu-se a Lei n.º 17/2016, de 20 de junho^{10,11}, que introduziu a segunda

⁷ [Trabalhos preparatórios](#).

⁸ A Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, foi regulamentada pelo [Decreto Regulamentar n.º 6/2016, de 29 de dezembro](#), e pelo [Decreto Regulamentar n.º 6/2017, de 31 de julho](#).

⁹ [Trabalhos preparatórios](#).

¹⁰ [Trabalhos preparatórios](#).

¹¹ A Lei n.º 17/2016, de 20 de junho, estabeleceu no artigo 3.º da Lei n.º 17/2016, de 20 de junho, que o Governo deveria aprovar, no prazo máximo de 120 dias, a respetiva regulamentação. Com o objetivo de proceder à elaboração de um anteprojecto de decreto-lei «e atendendo que se trata de uma matéria sensível e de elevada diferenciação técnica» foi constituída uma Comissão de

alteração e alargou o âmbito dos beneficiários das técnicas de procriação medicamente assistida. A terceira alteração resultou da Lei n.º 25/2016, de 22 de agosto¹², que veio regular o acesso à gestação de substituição nos casos de ausência de útero, de lesão ou de doença deste órgão que impeça de forma absoluta e definitiva a gravidez. O Decreto enviado para promulgação foi objeto de [veto](#)¹³ pelo Presidente da República Marcelo Rebelo de Sousa, nos termos do n.º 1 do [artigo 136.º](#) da Constituição da República Portuguesa. Por sua vez, a Lei n.º 58/2017, de 25 de julho¹⁴, procedeu à quarta alteração à Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, tendo aditado o artigo 16.º -A - *Destino dos espermatozoides, ovócitos, tecido testicular e tecido ovárico* e previsto no artigo 3.º uma norma transitória sobre a criopreservação e eliminação de espermatozoides, ovócitos, tecido testicular, tecido ovárico e embriões.

No início do ano de 2017, a pedido de um grupo de trinta Deputados à Assembleia da República foi requerido ao Tribunal Constitucional a declaração da inconstitucionalidade, com força obrigatória geral, designadamente do «artigo 15.º, sob a epígrafe «Confidencialidade», n.ºs 1 e 4, em conjugação com os artigos 10.º, n.ºs 1 e 2, e 19.º, n.º 1, por violação dos direitos à identidade pessoal, ao desenvolvimento da personalidade e à identidade genética ([artigo 26.º](#), n.ºs 1 e 3, da Constituição), do princípio da dignidade da pessoa humana [artigos [1.º](#) e [67.º](#), n.º 2, alínea e), da Constituição], do princípio da igualdade ([artigo 13.º](#) da Constituição) e do princípio da proporcionalidade ([artigo 18.º](#), n.º 2, da Constituição)» da Lei n.º 32/2006, de 26 de julho (Lei da Procriação Medicamente Assistida — «LPMA»), na redação dada pelas Leis n.ºs 17/2016, de 20 de junho, e 25/2016, de 22 de agosto.

Regulamentação nomeada através do [Despacho n.º 8533-A/2016, de 30 de junho](#). Esta Comissão de Regulamentação identificou a premência de regular o destino dos espermatozoides, ovócitos, tecido testicular e tecido ovárico criopreservados tendo estado na base da apresentação da Proposta de Lei n.º 42/XIII que deu origem à Lei n.º 58/2017, de 25 de julho.

¹² [Trabalhos preparatórios](#).

¹³ De referir que os pareceres referidos na mensagem supramencionada são o [63/CNEV/2012, de 26 de março](#), sobre Procriação Medicamente Assistida e Gestação de Substituição e o [87/CNEV/2016, de 11 de março](#), relativo aos Projetos de Lei n.ºs 6/XIII (1.ª) PS, 29/XIII (1.ª) PAN, 36/XIII (1.ª) BE e 51/XIII (1.ª) PEV em matéria de Procriação Medicamente Assistida (PMA) e 36/XIII (1.ª) BE em matéria de Gestação de Substituição (GDS).

¹⁴ [Trabalhos preparatórios](#).

Em 24 de abril de 2018, foi proferido o [Acórdão do Tribunal Constitucional n.º 225/2018](#)¹⁵ que declarou a inconstitucionalidade, com força obrigatória geral, «das normas do n.º 1 do artigo 8.º, na parte em que impõe uma obrigação de sigilo absoluto relativamente às pessoas nascidas em consequência de processo de procriação medicamente assistida com recurso a dádiva de gâmetas ou embriões, incluindo nas situações de gestação de substituição, sobre o recurso a tais processos ou à gestação de substituição e sobre a identidade dos participantes nos mesmos como dadores ou enquanto gestante de substituição, e do n.º 4 do artigo 15.º da Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, por violação dos direitos à identidade pessoal e ao desenvolvimento da personalidade de tais pessoas em consequência de uma restrição desnecessária dos mesmos, conforme decorre da conjugação do artigo 18.º, n.º 2, com o artigo 26.º, n.º 1, ambos da Constituição da República Portuguesa».

Por fim, a quinta modificação foi introduzida pela Lei n.º 49/2018, de 14 de agosto¹⁶, que criou o regime jurídico do maior acompanhado, e a sexta pela Lei n.º 48/2019, de 8 de julho¹⁷, diploma que alterou a matéria relativa ao anonimato de dadores de material genético, tendo para o efeito modificado o artigo 15.º e estabelecido uma norma transitória.

O presente projeto de lei, que tem o mesmo objeto do [Projeto de Resolução n.º 237/XIII/1.ª](#)(CDS-PP) que foi rejeitado, vem agora propor a alteração do artigo 17.º da Lei n.º 32/2006, de 26 de junho, artigo este que nunca foi modificado, com o fim de permitir o acesso a cinco ciclos de tratamento de segunda linha de PMA em vez dos atuais três.

De referir que nos termos do n.º 1 do artigo 11.º da Lei n.º 32/2006, de 26 de junho, «compete ao médico responsável propor aos beneficiários a técnica de PMA que, cientificamente, se afigure mais adequada quando outros tratamentos não tenham sido

¹⁵ Na sequência deste acórdão, em 27 de abril de 2018, o Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida divulgou um [comunicado de Imprensa](#) em que manifestou a sua profunda preocupação pelas consequências diretas e imediatas do mencionado acórdão para os beneficiários das técnicas de PMA, incluindo os beneficiários da gestação de substituição.

¹⁶ [Trabalhos preparatórios.](#)

¹⁷ [Trabalhos preparatórios.](#)

bem sucedidos, não ofereçam perspectivas de êxito ou não se mostrem convenientes segundo os preceitos do conhecimento médico».

Em 2010, a [Ministra da Saúde](#) aprovou os critérios de acesso dos casais às técnicas de PMA. «Estes critérios foram fixados tendo por base orientações de natureza estritamente técnica e de custo-benefício em saúde materno-infantil e são similares aos que prevalecem em grande parte dos países europeus. Assim, serão admitidos todos os casais, cuja mulher se enquadre nos seguintes critérios:

- ✓ Qualquer mulher, independentemente da sua idade, desde que referenciada pelo Médico de Família, pode aceder a uma consulta de apoio à fertilidade;
- ✓ Todas as mulheres que não ultrapassem os 42 anos (41 anos e 364 dias) e que tenham indicação clínica para o fazer, serão admitidas ao conjunto de Técnicas de PMA de 1.ª linha (indução de ovulação e inseminação intra-uterina);
- ✓ Todas as mulheres que não ultrapassem os 40 anos (39 anos e 364 dias), com indicação clínica para tal, serão admitidas às Técnicas de PMA de 2.ª linha (fertilização in vitro e injeção intra-citoplasmática de espermatozóide).

Com base nestes critérios, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), em termos de financiamento, garante:

- ✓ Todos os tratamentos de Indução de Ovulação;
- ✓ Até 3 ciclos de Inseminação Intra-Uterina;
- ✓ Durante o ano de 2010, um ciclo de Fertilização in Vitro ou injeção-citoplasmática de espermatozóide, sendo que, a partir de 2011, o SNS assumirá o pagamento até 3 ciclos das Técnicas de PMA de 2.ª linha supra-citadas».

A terminar cumpre mencionar que, sobre esta temática, podem ser ainda consultados os sítios do [Serviço Nacional de Saúde](#), [Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida](#) e Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida

II. **Enquadramento parlamentar**

- **Iniciativas pendentes (iniciativas legislativas e petições)**

Efetuada a consulta à base de dados da Atividade Parlamentar (AP), foi apurada a existência, neste momento, das seguintes iniciativas legislativas e petição pendentes, sobre matéria de algum modo conexas:

- ✓ Projeto de lei n.º 71/XIV/1.ª (BE) – Alteração do Regime Jurídico da Gestaçã de Substituiçã
- ✓ Projeto de Lei 214/XIV/1.ª (Cidadãos) - Procriaçã medicamente assistida *post mortem*
- ✓ Projeto de Lei n.º 223/XIV/1.ª (PS) - Sétima Alteraçã à Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, alargando as situações de realizaçã de inseminaçã *post mortem*
- ✓ Projeto de Lei 237/XIV/1.ª (BE) - Altera o Regime da Procriaçã Medicamente Assistida, permitindo a inseminaçã *post mortem* para realizaçã de projeto parental claramente estabelecido (sétima alteraçã à Lei n.º 32/2006, de 26 de julho)
- ✓ Projeto de Lei 247/XIV/1.ª (PAN) – Garante o acesso à gestaçã de substituiçã, procedendo à sétima alteraçã à Lei n.º 32/2006, de 26 de julho (procriaçã medicamente assistida)
- ✓ Petiçã n.º 28/XIV/1.ª - Inseminaçã Artificial / PMA *Post Mortem*

III. Apreciaçã dos requisitos formais

- **Conformidade com os requisitos constitucionais, regimentais e formais**

A iniciativa em apreciaçã é apresentada pelo CDS-PP, ao abrigo e nos termos do n.º 1 do artigo 167.º da Constituiçã e do artigo 118.º do Regimento da Assembleia da Repùblica (Regimento), que consagram o poder de iniciativa da lei. Trata-se de um poder dos Deputados, por força do disposto na alínea *b*) do artigo 156.º da Constituiçã e *b*) do n.º 1 do artigo 4.º do Regimento, bem como dos grupos parlamentares, por força do disposto na alínea *g*) do n.º 2 do artigo 180.º da Constituiçã e da alínea *f*) do artigo 8.º do Regimento.

É subscrita por cinco Deputados, observando o disposto no n.º 1 do artigo 123.º do Regimento, e assume a forma de projeto de lei, em conformidade com o disposto no n.º 1 do artigo 119.º do Regimento.

A iniciativa encontra-se redigida sob a forma de artigos, tem uma designação que traduz sinteticamente o seu objeto principal e é precedida de uma breve exposição de motivos, cumprindo os requisitos formais previstos no n.º 1 do artigo 124.º do Regimento.

Observa igualmente os limites à admissão da iniciativa estabelecidos no n.º 1 do artigo 120.º do Regimento, uma vez que parece não infringir a Constituição ou os princípios nela consignados e define concretamente o sentido das modificações a introduzir na ordem legislativa.

Apesar de ser previsível que a iniciativa em apreço gere custos adicionais, o artigo 4.º remete a respetiva entrada em vigor para a data de entrada em vigor da lei de Orçamento do Estado posterior à sua publicação, mostrando-se assim acautelado o limite à apresentação de iniciativas previsto no n.º 2 do artigo 167.º da Constituição e, igualmente, no n.º 2 do artigo 120.º do Regimento, designado «lei-travão».

O projeto de lei em apreciação deu entrada a 5 de março de 2020. Foi admitido e baixou na generalidade à Comissão de Saúde (9.ª) a 10 de março, por despacho de S. Ex.ª o Presidente da Assembleia da República, tendo sido anunciado em sessão plenária no dia seguinte.

- **Verificação do cumprimento da lei formulário**

O título da presente iniciativa legislativa - «Sétima alteração à Lei n.º 32/2006, de 26 de Junho¹⁸, aumentando de três para cinco ciclos de tratamentos de segunda linha de Procriação Medicamente Assistida, comparticipados pelo Serviço Nacional de Saúde» - traduz sinteticamente o seu objeto, mostrando-se conforme ao disposto no n.º 2 do artigo 7.º da Lei n.º 74/98, de 11 de novembro, conhecida como lei formulário¹⁹, embora possa ser objeto de aperfeiçoamento formal, em sede de apreciação na especialidade ou em redação final.

¹⁸ Publicada no *Diário da República* n.º 143, de 26 de julho de 2006.

¹⁹ Lei n.º 74/98, de 11 de novembro, que estabelece um conjunto de normas sobre a publicação, a identificação e o formulário dos diplomas, alterada e republicada pelas Leis n.ºs 2/2005, de 24 de janeiro, 26/2006, de 30 de junho, 42/2007, de 24 de agosto, e 43/2014, de 11 de julho.

Segundo as regras de legística formal, «o título de um ato de alteração deve referir o título do ato alterado, bem como o número de ordem de alteração»²⁰. Consultando o *Diário da República Eletrónico* verifica-se que a [Lei n.º 32/2006, de 26 de julho](#), (procriação medicamente assistida), foi alterada, até à data, por seis diplomas legais.

Assim, sugere-se à Comissão competente que analise, em sede de especialidade, a seguinte redação para o título: «Aumenta para cinco os ciclos de tratamentos de segunda linha comparticipados pelo Serviço Nacional de Saúde, procedendo à sétima alteração à Lei n.º 32/2006, de 26 de julho (procriação medicamente assistida)».

Nos termos do n.º 1 do artigo 6.º da lei formulário²¹, no articulado devem ser elencados os diplomas que procederam a alterações anteriores à Lei n.º 32/2006, de 26 de julho.

O autor não promoveu a republicação desta lei da procriação medicamente assistida, nem se verificam quaisquer dos requisitos de republicação de diplomas alterados, previstos no artigo 6.º da Lei n.º 74/98, de 11 de novembro.

Em caso de aprovação esta iniciativa revestirá a forma de lei, nos termos do n.º 3 do artigo 166.º da Constituição, pelo que deve ser objeto de publicação na 1.ª série do *Diário da República*, em conformidade com o disposto na alínea c) do n.º 2 do artigo 3.º da Lei n.º 74/98, de 11 de novembro.

No que respeita ao início de vigência, o artigo 4.º deste projeto de lei estabelece que a sua entrada em vigor ocorrerá com a lei do Orçamento do Estado subsequente à sua publicação, mostrando-se assim conforme com o previsto no n.º 1 do artigo 2.º da lei formulário, segundo o qual os atos legislativos «entram em vigor no dia neles fixado, não podendo, em caso algum, o início de vigência verificar-se no próprio dia da publicação».

Nesta fase do processo legislativo, a iniciativa em análise não nos suscita outras questões no âmbito da lei formulário.

²⁰ Duarte, D., Sousa Pinheiro, A. *et al* (2002), *Legística*. Coimbra, Editora Almedina, pág. 201.

²¹ «Os diplomas que alterem outros devem indicar o número de ordem da alteração introduzida e, caso tenha havido alterações anteriores, identificar aqueles diplomas que procederam a essas alterações, ainda que incidam sobre outras normas».

- **Regulamentação ou outras obrigações legais**

Segundo o disposto no artigo 3.º do projeto de lei, o Governo procede à sua regulamentação no prazo de 60 dias a contar da sua entrada em vigor.

IV. **Análise de direito comparado**

- **Enquadramento internacional**

A legislação comparada é apresentada para os seguintes Estados-Membros da União Europeia: Espanha, França e Irlanda.

ESPAÑA

A [Ley 14/2006, de 26 de mayo](#)²², sobre técnicas de reproducción humana assistida, regula as matérias relacionadas com as técnicas de reprodução medicamente assistida. Este diploma é complementado pelo [Real Decreto-ley 9/2014, de 4 de julio](#), no qual se estabelece um quadro regulamentar relativo às atividades relacionadas com a utilização de células e tecidos humanos em humanos.

É no [Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre](#), por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, que se encontram os serviços comuns e prestações de cuidados de saúde que o Serviço Nacional de Saúde espanhol deve assegurar. De acordo com o artigo 2, entendem-se como «carteira de serviços comuns do serviço nacional de saúde» o conjunto de técnicas, tecnologias ou procedimentos, incluindo cada um dos métodos, atividades e recursos utilizados, baseados no conhecimento e experimentação científica, pelo qual os serviços de saúde são prestados.²³

O n.º 6 do artigo 2 refere que as prestações dos cuidados de saúde referidos nos anexos I a VIII do diploma são financiados pelas comunidades autónomas, em conformidade com os acordos de transferência de verbas do orçamento do Estado e do previsto pelo sistema de financiamento das comunidades autónomas, sem prejuízo de eventuais terceiros que sejam obrigados a pagar as referidas prestações. É precisamente no anexo III, sobre os serviços comuns de atenção especializada, que se referem as

²² Diploma consolidado retirado do portal oficial BOE.es.

²³ Tradução livre.

atividades de assistência, diagnóstico, terapia e reabilitação, bem como os serviços de prevenção, educação e promoção, incluindo uma rubrica referente aos tratamentos de reprodução medicamente assistida (ponto 5.3.8 do anexo III). O ponto 5.3.8.3 indica os critérios específicos de acesso a cada uma das técnicas de procriação medicamente assistida e quais estão incluídas neste conjunto de serviços disponibilizados pelo SNS espanhol. Por exemplo, para a inseminação artificial estão previstos 4 ciclos ou 6 ciclos, consoante seja executada com acesso ao sêmen do casal ou com gâmeta doada por terceiro (subalínea iii) do n.º 1 da alínea a) e subalínea iii) do n.º 2 da alínea a) do ponto 5.3.8.3), enquanto para a fecundação *in vitro* estão previstos um limite máximo de 3 ciclos (alínea b) do ponto 5.3.8.3).

FRANÇA

As disposições relativas às técnicas de procriação medicamente assistida vêm previstas nos artigos [L2141-1 e seguintes](#) do [code de la santé publique](#).

De acordo com informação disponibilizada no portal governamental [service-public.fr](#) em página dedicada ao tema, todos os atos relativos à procriação medicamente assistida são suportados a 100% pelo seguro de saúde público, desde que previamente aprovados, até um total de 6 inseminações e 4 fertilizações *in vitro*.

IRLANDA

As técnicas de procriação medicamente assistidas não são incluídas nos serviços disponibilizados pelo Serviço Nacional de Saúde (HSE – *Heath Service Executive*), pelo que não existe qualquer tipo de participação.

Sobre o assunto, o *site* governamental [citizensinformation.ie](#) dispõe de uma página totalmente dedicada às técnicas de procriação medicamente assistida.

V. Consultas e contributos

A Comissão de Saúde deverá solicitar parecer escrito ao CNECVCPMA.

VI. Avaliação prévia de impacto

- **Avaliação sobre impacto de género**

A avaliação de impacto de género (AIG) que foi junta ao P JL pelo grupo parlamentar proponente valora como neutro o impacto com a sua aprovação, o que efetivamente se pode verificar após leitura do texto da iniciativa.

- **Linguagem não discriminatória**

Sem prejuízo de uma análise mais detalhada, na apreciação na especialidade ou na redação final, nesta fase do processo legislativo a redação do projeto de lei não nos suscita qualquer questão relacionada com a linguagem discriminatória em relação ao género.

- **Impacto orçamental**

Em caso de aprovação, a presente iniciativa implica encargos para o Orçamento do Estado, considerando os elevados custos associados às tecnologias de saúde reprodutiva, no entanto, em face da informação disponível, não é possível determinar ou quantificar esses custos.