

GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO – UMA MUDANÇA DE PARADIGMA

Sofia Dalila Vale da Silva¹

Resumo: A gestação de substituição é um tema que tem estado recentemente no foco dos meios de comunicação, por ser um assunto complexo que disputa controvérsia. É definida pela lei como qualquer situação em que a mulher se dispõe a suportar uma gravidez por conta de outrem e a entregar a criança após o parto, renunciando aos poderes e deveres próprios da maternidade. O objetivo deste artigo é expor as principais questões ético-jurídicas levantadas sobre esta técnica, ou seja, as suas principais implicações éticas, consequências e desafios, apresentar as várias perspectivas contrárias e favoráveis a esta técnica. Pretende-se que o leitor entenda a evolução desta técnica no ordenamento jurídico português, desde a sua proibição à sua legalização, embora seja a título excepcional, os termos em que a lei portuguesa a regula, se viola ou não os princípios basilares da bioética e também do nosso sistema jurídico.

Palavras-Chave: bioética – procriação medicamente assistida – maternidade de substituição – dignidade da pessoa humana – beneficência / não maleficência – autonomia – justiça.

Abstract: Surrogacy is a subject that has been recently in the focus of the media because it is a complex subject that disputes

¹ Mestranda em Direito e Prática Jurídica (especialidade de Direito Civil) pela Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa e licenciada em Direito pela Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra.

controversy. It is defined by law as any situation in which a woman is prepared to bear a pregnancy on behalf of another and to surrender the child after childbirth, renouncing the powers and duties proper to maternity. The objective of this article is to present the main ethical and juridical issues raised about this technique, that is its main ethical implications, consequences and challenges, to present the various perspectives against and in favor of this technique. It is intended that the reader can understand the evolution of this technique in the portuguese legal system, from its prohibition to its legalization, although exceptionally, the terms in which portuguese law regulates it, whether or not it violates the basic principles of bioethics and also our legal system.

Keywords: bioethics – medically assisted procreation – surrogate maternity – dignity of the human person – beneficence/non-maleficence – autonomy – justice.

Sumário: 1. Introdução - 2. Princípios Basilares da Bioética - a. Princípio da Autonomia - b. Princípio da Beneficência - c. Princípio da Não-maleficência - d. Princípio da Justiça - 3. Aspetos Gerais da Gestação de Substituição - 4. A Gestação de Substituição e os Princípios da Bioética: Argumentos e Contra-argumentos - 5. Um Novo Paradigma: A Legalização da Gestação de Substituição - 6. Conclusão - 7. Referências Bibliográficas.

1. INTRODUÇÃO



bioética é o estudo interdisciplinar entre a medicina, a biologia, a filosofia e o direito. Foi na década de 70 que a bioética consumou-se enquanto ciência, embora muitas das temáticas que a englobam sejam aspetos que sempre preocuparam a comunidade científica, no meio de muitas outras comunidades.

Em primeiro lugar, iremos ver cada um dos princípios basilares orientadores da bioética numa forma geral, destacando o impacto do Relatório de *Belmont* e em especial da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO. De seguida entraremos na temática da gestação de substituição, enquanto técnica de procriação medicamente assistida, definindo a técnica de gestação de substituição, explicando a sua necessidade, apresentando as suas alternativas (a adoção e o transplante de útero) com as suas respetivas vantagens e desvantagens.

Ao analisar o caso do Baby M, um caso bastante paradigmático e polémico que se sucedeu nos Estados Unidos, que por um lado levou ao reconhecimento deste fenómeno, mas por outro, é um exemplo da emergência de conflitos que podem surgir durante e/ou depois do nascimento da criança, levou a que muitos hesitassem e ainda hesitem em aceitar este tipo de fenómeno. Depois perceberemos se esta técnica vai de encontro com os princípios fundamentais da bioética, se viola ou não o princípio da igualdade e o valor da dignidade da pessoa humana. Em seguida analisaremos os vários argumentos apresentados contra e a favor desta técnica, tendo sempre em consideração o disposto na lei portuguesa.

Por fim, destacaremos a mudança de paradigma da proibição para a legalização da gestação de substituição no ordenamento jurídico português, os casos em que se admite a gestação de substituição, os aspetos que devem ser incluídos no contrato de gestação de substituição, o processo de aprovação do pedido, o estabelecimento da filiação, e ainda algumas questões ético-jurídicas a serem tidas em conta pelas partes do contrato de gestação de substituição.

2. PRINCÍPIOS BASILARES DA BIOÉTICA

Com o Relatório de *Belmont* promulgado em 1978 começaram a ser traçadas as principais diretrizes da bioética, a fim

de colmatarem os abusos em prol do progresso da ciência por parte da atividade de experimentação médica e que se acentuaram desde o início da 2.^a Guerra Mundial.

Em Outubro de 2005, a UNESCO adotou a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), com a votação unânime de todos os seus Estados-membros. Esta Declaração tem por objetivo: “proporcionar um enquadramento universal de princípios e procedimentos que orientem os Estados na formulação da sua legislação, das suas políticas ou de outros instrumentos em matéria da bioética”; “orientar as ações de indivíduos, grupos, comunidades, instituições e empresas, públicas e privadas”; “contribuir para o respeito pela dignidade humana e proteger os direitos humanos, garantindo o respeito pela vida dos seres humanos e as liberdades fundamentais, de modo compatível com o direito internacional relativo aos direitos humanos”².

Estes princípios não são *erga omnes*, ou seja, não possuem um caráter absoluto, e nenhum deles se destaca por ser hierarquicamente superior aos outros, ou seja, estes servem como regras gerais orientadoras do processo de tomada de decisão em face dos problemas éticos e de ordenação dos argumentos nas discussões de casos concretos eticamente relevantes.³

a. PRINCÍPIO DA AUTONOMIA

Foi com o princípio da autonomia que se passou a adotar, no âmbito da relação médico-paciente, uma conceção antropológica⁴ centrada no paciente, enquanto ser dotado de razão, consciente da sua dignidade, livre e responsável sobre todos

² Vide artigo 2.º da DUBDH.

³ Vide Beauchamp Tom L., Childress James F., *Principles of Biomedical Ethics*, 7.^a Edição, New York: Oxford University Press, 2013, p. 13 e ss.

⁴ Abandonou-se o modelo paternalista que prevaleceu até a metade do século XX. Vide Walter Osswald em José Oliveira Ascensão (coord.), *Estudos de direito da Bioética*, Vol.III, pp. 151 e ss.

os procedimentos de diagnóstico ou terapêuticos que lhe sejam indicados⁵. Esta posição ainda hoje vigora entre nós, nomeadamente no nosso Código Penal, visto que a falta de consentimento do doente em procedimentos ou intervenções médicas constitui crime⁶, salvo em casos em que esse consentimento é presumido.

Este princípio está expressamente previsto no artigo 5.º da DUBDH, cuja epígrafe é “autonomia e responsabilidade individual”. Então, está aqui assente o princípio do respeito pela autonomia das pessoas, desde que estas assumam a respetiva responsabilidade e respeitem a autonomia dos outros, devendo ser tomadas medidas especiais para a proteção dos direitos e interesses das pessoas incapazes de exercer a sua própria autonomia⁷.

Como indicado no n.º 1, do artigo 6.º, da Declaração previamente mencionada, qualquer intervenção médica de caráter preventivo, diagnóstico ou terapêutico só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido⁸ da pessoa em causa, com base em informação adequada. Em certas circunstâncias, esse consentimento deve ser por escrito, havendo sempre lugar ao direito de arrependimento da pessoa que se sujeita a esse tipo de procedimento. Este consentimento livre e esclarecido,

⁵ “A dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser plenamente respeitados” (artigo 3.º, n.º 1, da DUBDH). “Os interesses e o bem-estar do indivíduo devem prevalecer sobre o interesse exclusivo da ciência ou da sociedade” (artigo 3.º, n.º 2).

⁶ Vide artigos 150.º (Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos), 156.º (Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários) e 157.º (Dever de esclarecimento) do Código Penal. Segundo o artigo 157.º, “o consentimento só é eficaz quando o paciente tiver sido devidamente esclarecido sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento, salvo se isso implicar a comunicação de circunstâncias que, a serem conhecidas pelo paciente, poriam em perigo a sua vida ou seriam suscetíveis de lhe causar grave dano à saúde, física ou psíquica.”

⁷ Vide também o artigo 7.º dessa Declaração.

⁸ Vide também a Convenção de Oviedo (art. 5.º), a Carta dos Direitos Fundamentais (art. 3.º), a Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos Humanos (art. 5.º), a Declaração Internacional sobre Dados Genéticos Humanos (art. 8º), ou mesmo o Código de Ética Médica (art. 46.º).

também designado por consentimento informado, tem um papel imprescindível para o alcance do pleno respeito à autonomia do paciente, assumindo-se como um direito essencial do paciente⁹, incluindo-se aqui, por exemplo, o direito de recusa ou escolha de algumas das opções de tratamento indicadas pelo médico ao paciente. Segundo ANDRÉ DIAS PEREIRA, o consentimento se funda em três grandes pilares: na capacidade para consentir, na informação adequada, e, por fim, o direito a consentir ou recusar um tratamento¹⁰.

É preciso também ter em conta que existem algumas situações que limitam a obtenção do consentimento, desde logo, as situações de urgência, quando o paciente se recusa a ser informado e nas situações em que o paciente é incapaz de tomar a decisão, quer em razão de idade¹¹, ou nos casos de anomalia psíquica grave.

b. PRINCÍPIO DA BENEFICÊNCIA

O princípio da beneficência, assim como o princípio da não-maleficência, decorrem do juramento hipocrático¹². Este

⁹ Impondo, assim, ao médico o dever prestar essas informações, de forma adequada e suficiente, e ainda esclarecer todas as dúvidas que o paciente tenha ou possa vir a ter.

¹⁰ Vide J. Oliveira Ascensão (coord.), *Estudos do Direito da Bioética*, Vol. IV, ob. cit., p. 41.

¹¹ O consentimento é feito pelos seus representantes legais, mas tem-se entendido que a criança ou jovem pode ter um certo grau de autonomia, nomeadamente no âmbito das intervenções cirúrgicas, desde que se mostre estar em condições de compreender a natureza do tratamento, as alternativas e potenciais consequências de cada uma delas.

¹² “Exercerei a minha arte com consciência e dignidade. / A Saúde do meu Doente será a minha primeira preocupação. / Mesmo após a morte do doente respeitarei os segredos que me tiver confiado. / (...) Não permitirei que considerações de religião, nacionalidade, raça, partido político, ou posição social se interponham entre o meu dever e o meu Doente.” Vide juramento hipocrático, disponível em: http://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/08/Juramento_de_Hipócrates.pdf, página consultada a 23 de Outubro de 2017.

O juramento hipocrático foi adotado pela Associação Médica Mundial, em 1983. Este juramento está a ser atualizado, a fim de ser mais centrado no paciente e também ter

princípio foi incluído no Relatório de *Belmont*.

Designava-se este modelo por paternalista, uma vez que na relação entre o médico e o paciente instalava-se uma relação de poder, então o médico teria que atuar pelo bem do seu paciente, mas sem este participar no processo de escolha do tratamento, o que hoje em dia já não acontece. Assim, a beneficência tem que ter limites, nomeadamente a dignidade intrínseca de cada ser humano¹³.

Enquanto que o princípio da não-maleficência obriga o profissional de saúde a não causar intencionalmente danos, o princípio da beneficência exige que este contribua para o bem-estar dos seus pacientes, promovendo ações para prevenção e remoção do mal ou dano, ou seja, da doença; e ações de promoção do bem, isto é, da saúde física e mental do paciente.

Nos termos do artigo 4.º da DUBDH, na “aplicação e no avanço dos conhecimentos científicos, da prática médica e das tecnologias que lhe estão associadas, devem ser maximizados os efeitos benéficos diretos e indiretos para os doentes, os participantes em investigações e os outros indivíduos envolvidos, e deve ser minimizado qualquer efeito nocivo suscetível de afetar esses indivíduos”¹⁴.

em conta a própria saúde do médico. No novo juramento: “A saúde e o bem-estar do meu doente serão as minhas primeiras preocupações. / Respeitarei a autonomia e a dignidade do meu doente. / (...) Respeitarei os segredos que me forem confiados, mesmo após a morte do doente. / Exercerei a minha profissão com consciência e dignidade e de acordo com as boas práticas médicas. / (...) Partilharei os meus conhecimentos médicos em benefício dos doentes e da melhoria dos cuidados de saúde. / Cuidarei da minha saúde, bem-estar e capacidades para prestar cuidados da maior qualidade.” *Vide* “Juramento dos médicos vai mudar”, in *Expresso*, edição de 11 de Novembro de 2017. Disponível em: <http://expresso.sapo.pt/sociedade/2017-11-11-Juramento-dos-medicos-vai-mudar>. Página consultada a 12 de Novembro de 2017.

¹³ *Vide* Joaquim Clotet, *Bioética: uma aproximação*, p. 65. “Os interesses e o bem-estar do indivíduo devem prevalecer sobre o interesse exclusivo da ciência ou da sociedade” (artigo 3.º, n.º 2 da DUBDH).

¹⁴ *Vide* também o artigo 8.º (Respeito pela vulnerabilidade humana e integridade pessoal).

c. PRINCÍPIO DA NÃO-MALEFICÊNCIA

O princípio da não-maleficência determina a obrigação de não infligir intencionalmente danos, isto é, de não fazer mal (*primum non nocere*) ao ser humano¹⁵. Trata-se, então, de um mínimo ético, um dever decorrente da profissão médica, se não for cumprido entraremos assim no âmbito da responsabilidade médica.

Para BEAUCHAMP e CHILDRESS, os princípios da não-maleficência e da beneficência têm uma caráter moral distinto, já que o dever de não causar o mal apresenta-se como mais vinculativo do que a exigência de fazer o bem¹⁶.

O profissional de saúde depara-se no seu quotidiano com situações que envolvem um risco de dano, a sua intenção terá de ser a de beneficiar o paciente e não a de lhe causar danos, daí que se afirme que o princípio da não-maleficência e o da beneficência completam-se reciprocamente.

d. PRINCÍPIO DA JUSTIÇA

O princípio da justiça implica a igual distribuição dos recursos de saúde a todos aqueles que têm a mesma necessidade e estão em condições semelhantes, não implicando todavia desconsiderar disparidades inerentes a situações clínicas ou sociais¹⁷.

Este princípio¹⁸, ao contrário dos anteriores, não versa apenas sobre a relação médico-paciente, ou seja, versa sobre a coletividade, a relação Estado-cidadão. Fala-se aqui no princípio

¹⁵ Vide ponto 4 e 5 do Código de Nuremberga.

¹⁶ Vide Carlos Neves, *Bioética: Temas elementares*, Fim de Século Edições, Lisboa, 2001, p.15; Tom L. Beauchamp, James F. Childress, obr. cit., p. 202 e ss.

¹⁷ Vide os artigos 4.º e 20.º da DUBDH que referem que na aplicação dos princípios deve haver uma avaliação e gestão de riscos, e ainda a Declaração de Helsínquia na parte A, ponto 2 e 3.

¹⁸ Também previsto no Relatório de *Belmont*.

da igualdade¹⁹, uma vez que diz respeito à não discriminação em razão do sexo, religião, raça, idade, função econômico-social, e também diz respeito à função do Estado de garantir o acesso de todos os cidadãos a um mínimo de cuidados de saúde²⁰.

Além de este princípio estar aliado ao princípio da igualdade, do direito de acesso à saúde, também está ligado ao princípio do respeito pela dignidade da vida humana, pois ao negar-se o acesso à saúde estar-se-ia a condenar um grupo de pessoas a ficar excluído dos benefícios da inovação científica e tecnológica da medicina, no combate ao sofrimento e na melhoria da qualidade e duração de vida²¹.

3. ASPETOS GERAIS DA GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO

Com os avanços da ciência, em especial na área da genética, nomeadamente no domínio da procriação humana assistida²², devido aos novos contornos que essas técnicas reprodutivas foram assumindo, têm sido levantadas diversas questões ético-jurídicas, algumas das quais serão desenvolvidas ao longo deste artigo.

A procriação medicamente assistida constitui, assim,

¹⁹ Vide artigo 13.º da CRP e o artigo 10.º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos ou o art. 3º da Convenção de Oviedo.

²⁰ Vide artigo 64.º da CRP, “independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação” (n.º 3, al. a).

²¹ Vide CNECV, *Fundamentos Éticos nas Prioridades em Saúde – Ciclo de Conferências CNECV/2011*, p. 132.

²² O primeiro bebé proveniente da fertilização ‘*in vitro*’ ou bebé-proveta foi Louise Joy Brown, em 1978, em Bristol, Inglaterra. Foram 9 anos e 50 tentativas falhadas para que finalmente conseguissem suceder na fertilização do embrião. Já no Brasil e também na América Latina foi em 1984 (Anna Paula Caldeira) e dois anos depois em Portugal (Carlos Saleiro). Vide “Conheça a história de Louise Brown, o primeiro bebé gerado pela fertilização *in vitro*”, in Procriar, edição de 23 de Outubro de 2015. Disponível em: <http://www.procriar.com.br/blog/2015/10/23/conheca-a-historia-de-louise-brown-o-primeiro-bebe-gerado-pela-fertilizacao-in-vitro/>. Página consultada a 5 de Setembro de 2017.

para os casais inférteis ou estéreis²³, uma alternativa à adoção, cujo processo de aplicação é tendencialmente dispendioso, burocrático e moroso, visto que os adotantes estão sujeitos a critérios rigorosos, a fim de assegurar que essas crianças sejam colocadas em “boas famílias”, isto é, em famílias que preencham todas as condições mais do que necessárias de forma a garantir um normal desenvolvimento físico, emocional e mental dessas crianças, que obviamente passarão a ser membros dessas respetivas famílias.

Entre as diversas técnicas de reprodução assistida²⁴ temos a inseminação artificial ou IA, a fertilização *in vitro* ou injeção intracitoplasmática de espermatozoides, a injeção intracitoplasmática de espermatozoides, a transferência intratubárica de gâmetas ou GIFT (*Gamete Intrafallopian Transfer*), transferência intratubárica de zigotos ou ZIFT (*Zygote Intrafallopian Transfer*), e ainda a gestação de substituição. A primeira consiste na inserção na cavidade uterina (inseminação intrauterina) de espermatozoides, após a sua preparação em laboratório. Já a segunda técnica consiste na união do óvulo com o espermatozoide *in vitro*, a fim de obter embriões para serem transferidos para o útero materno. O processo da terceira técnica mencionada, como o nome indica, envolve a injeção de um espermatozoide no citoplasma do óvulo²⁵.

Cada uma destas técnicas é recomendada para um certo número de situações, por exemplo, para que a paciente possa ser inseminada artificialmente tem que ter pelo menos uma trompa

²³ 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 (artigo 4.º da Lei da PMA). Assim, as técnicas de PMA são um método subsidiário e não alternativo de procriação.

²⁴ Vide artigo 2.º da Lei da Procriação Medicamente Assistida (Lei n.º 32/2006, de 26 de Julho).

²⁵ Vide Joana Isabel Fontinha Gago, “Maternidade de Substituição: legalidade e aplicabilidade, altruísmo e valor da vida humana”, Tese de Dissertação de Mestrado em Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, 2012, p. 47.

de falópio normal; a GIFT é indicada para casos em que a infertilidade se relaciona com disfunções do esperma, quando a causa de infertilidade é desconhecida ou quando existem anomalias no muco cervical; já a fertilização *in vitro* é indicada em casos de lesão das trompas, laqueação irreversível das trompas de falópio, endometriose, infertilidade masculina, etc. E se a mulher não tiver útero? Então, para esses casos cabe-nos falar na última técnica mencionada, a gestação de substituição.

A gestação de substituição, maternidade de substituição ou gravidez de substituição, ou ainda, como mais vulgarmente conhecida por barriga de aluguer²⁶ é definida²⁷ no artigo 8.º, n.º 1, da Lei da Procriação Medicamente Assistida (Lei n.º 32/2006, de 26 de Julho, recentemente alterada pela Lei n.º 58/2017, de 25/07), como “qualquer situação em que a mulher se disponha a suportar uma gravidez por conta de outrem e a entregar a criança após o parto, renunciando aos poderes e deveres próprios da maternidade”.

A expressão “maternidade de substituição”²⁸ não é a mais adequada, dado que, como explica JORGE DUARTE PINHEIRO, utilizar o termo mãe²⁹ “sugere que se está perante alguém que é mãe temporariamente, alguém que é mãe durante o período de gestação e depois deixa de o ser”³⁰.

²⁶ Barriga de aluguel no Brasil.

²⁷ Vera Lúcia Raposo define a maternidade de substituição como “o acordo mediante o qual uma mulher se compromete a gerar um filho, dá-lo à luz, e posteriormente entrega-lo a outra mulher (ou, em casos mais complexos, a um homem), renunciando em favor desta a todos os direitos sobre a criança, inclusive à qualificação jurídica de “mãe”.” *Vide* Vera Lúcia Raposo, *De Mãe para Mãe – (...)*, p. 13.

²⁸ Expressão utilizada pela Lei n.º 32/2006 até ter sido alterada pela Lei n.º 25/2016, de 22/08.

²⁹ Vera Lúcia Raposo defende que, neste tipo de contratos, “a figura de mãe deixa de existir como um todo e transforma-se na soma de segmentos desmembrados. Existem mães que apenas fornecem os óvulos (mães genéticas ou biológicas), outras que tão-só geram a criança (mães geradoras) e mães que criam a criança e a educam (mães sociais ou legais).” *Vide* *De Mãe para Mãe – (...)*, ob. cit., p. 34.

³⁰ *Vide* Jorge Duarte Pinheiro, “Mãe Portadora – A Problemática da Maternidade de Substituição”, in *Estudos de Direito da Bioética*, Vol. II, Almedina, Coimbra, 2008, p. 323.

Uma outra alternativa à gestação de substituição, para além da adoção³¹, ainda que mais recente, é o transplante de útero. O primeiro transplante deste tipo foi em 2000, na Arábia Saudita, embora tenha sido mal-sucedido, uma vez que o útero teve de ser removido três meses depois, pois se formou um coágulo sanguíneo. Em 2011, uma mulher de 22 anos foi sujeita a um transplante de útero de uma doadora já morta há dois anos e passados 8 meses conseguiu engravidar, infelizmente os médicos tiveram de terminar a gravidez porque a ecografia não mostrava os batimentos cardíacos do embrião, isto após 8 semanas de gestação. Só em 2014, na Suécia, é que os médicos conseguiram a primeira gravidez bem conseguida através de um útero transplantado, numa mulher que tinha nascido sem útero devido a um problema genético, o útero que recebeu era de uma amiga de família, de 61 anos, em situação de menopausa há 7 anos. Após o transplante passou a ter “ovários intactos e capacidade de produzir óvulos”, assim, alguns desses óvulos foram recolhidos e depois fecundados através de técnicas de fertilização *in vitro*. Um ano depois do transplante de útero, um desses embriões foi utilizado, os restantes 11 foram congelados. O bebé nasceu às 31 semanas, sem qualquer anomalia detetável³². Em 2016, em Cleveland, Ohio, os Estados Unidos realizaram a primeira cirurgia de transplante de útero, seguindo a técnica desenvolvida na Suécia³³.

³¹ A adoção é uma alternativa meramente aparente à maternidade de substituição, pois esta não consegue os mesmos resultados nem tem os mesmos objetivos daquela. *Vide* Rui Nunes, “Concorda com a maternidade de substituição?”, *in* Boletim da Ordem dos Advogados, N.º 115, Junho 2014, p. 17.

³² *Vide* “Médicos confirmam primeiro nascimento de um bebé a partir de um útero transplantado”, *in* Público, edição de 4 de Outubro de 2014. Disponível em: <http://www.publico.pt/ciencia/noticia/medicos-confirmam-primeironascimento-de-um-bebe-a-partir-de-um-utero-transplantado-1671842>. Página consultada a 6 de Setembro de 2017.

³³ “Primeiro transplante de útero nos Estados Unidos realizado com sucesso”, *in* Sapo lifestyle, edição de 26 de Fevereiro de 2016. Disponível em: <https://lifestyle.sapo.pt/saude/noticias-saude/artigos/primeiro-transplante-de-utero-nos-estados-unidos-realizado-com-sucesso>. Página consultada a 6 de Setembro de 2017.

4. A GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO E OS PRINCÍPIOS DA BIOÉTICA: ARGUMENTOS E CONTRA-ARGUMENTOS

O fenómeno da gestação de substituição não é novo, quando a mulher do casal era estéril, outra³⁴ ocuparia o seu lugar enquanto gestante, usando o método tradicional de concepção, podendo implicar ou não uma remuneração, porém esta também era a mãe biológica. Este fenómeno foi oficialmente reconhecido na década de 70, nos EUA, o caso mais conhecido foi o do *Baby M*, em que foi celebrado, em 1985, um “contrato de geração de um ser humano”, entre um casal (Elizabeth³⁵ e William Stern) e uma mulher que respondeu a tal anúncio, e após várias entrevistas foi selecionada (Mary Beth Whitehead), isto através da mediação de um Centro de Fertilidade que habitualmente lidava com este tipo de casos, assim acordaram que Mary Beth seria inseminada artificialmente com o material genético de William Stern, geraria esse bebé e após o nascimento devolveria a criança, também teria que abdicar de quaisquer direitos maternos sobre a criança, enquanto que o casal Stern teria que pagar todas as despesas médicas e a quantia de 7,500,00 US dollars ao Centro de Fertilidade, e a Mary Beth a quantia de 10,000,00 US dollars. Em 1986, nasceu essa criança, a mulher fugiu com a criança e reivindicando os seus direitos enquanto mãe biológica, o caso foi bastante controverso, em especial por ser o primeiro caso deste tipo a ser apresentado em tribunal, foi eventualmente

³⁴ Por exemplo, uma escrava ou uma empregada, ou então alguém contratada para esse efeito. O primeiro caso documentado de gravidez de substituição vem da Bíblia, mais precisamente da história de Abraão e Sara. Sara disse a Abraão: “Eis que o Senhor me fez estéril; rogo-te que tomes a minha escrava, para ver se, ao menos por ela, eu posso ter filhos.” Ele assim fez. *Vide* filme “Firelight”, de 1997; Joana Gago, “Maternidade de Substituição: legalidade (...)”, tese cit., p. 49.

³⁵ Sofria de esclerose múltipla, ou seja, uma gestação trazia risco eminente para a criança.

decidido a favor do casal Stern³⁶. Atualmente, o material materno já não será da gestante mas sim da outra parte.

A primeira gravidez de substituição nos trâmites em que a conhecemos hoje ocorreu em 1985, a gestante “carregou” o filho biológico de uma mulher que teve uma histerectomia, mas manteve seus ovários³⁷.

Como já vimos, o princípio da autonomia estabelece que o paciente é um ser autónomo, livre e consciente de si, assim impõe sobre o profissional de saúde um dever de informação bastante vincado, tendo de fornecer ao paciente a informação mais completa possível, de forma adequada ao seu perfil, para que faça uma compreensão congruente com o seu problema, a fim de que o consentimento seja “livre” e “esclarecido”³⁸.

Segundo o artigo 14.º, n.º 2, da Lei da PMA, os beneficiários devem ser previamente informados, 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. A Lei n.º 25/2016, de 22/08 ao alterar a Lei n.º 32/2006, de 26/07, regulou o acesso à gestação de substituição, entre as suas alterações e aditamentos, aditou duas alíneas ao artigo 14.º, cuja epígrafe é o “consentimento”, no seu n.º 5 diz que os números anteriores aplicam-se também à gestação de substituição, já no n.º 6, acrescenta que os profissionais de saúde devem ainda informar os beneficiários e a gestante de substituição, por escrito, do significado da influência da gestante de substituição no desenvolvimento embrionário e fetal.

³⁶ Inicialmente decidiram que a custódia ficasse com o pai por este ter melhores condições para cuidar da criança e tendo Mary Beth direito de visita, o tribunal superior decidiu por virtude daquele contrato a verdadeira mãe seria Elizabeth Stern. *Vide* Daniel Vasconcelos da Silva, “«Barriga de Aluguel» - Análise do caso «Baby M» e a ótica na Justiça brasileira”. Disponível em: <https://pt.linkedin.com/pulse/barriga-de-aluguel-an%C3%A1lise-do-caso-baby-m-e-%C3%B3tica-daniel>.

³⁷ *Vide* <http://information-on-surrogacy.com/history-of-surrogacy>.

³⁸ “Os beneficiários devem prestar o seu consentimento livre, esclarecido, de forma expressa e por escrito, perante o médico responsável” (artigo 14.º, n.º 1 da Lei da PMA).

Relativamente ao princípio da beneficência e o da não-maleficência, o primeiro requer que os profissionais de saúde melhorem o bem-estar dos pacientes e também não provoquem quaisquer danos para a saúde. Na gestação de substituição, estes princípios à partida são de mais difícil enquadramento, pois não nos parece propriamente trazer quer benefícios quer danos para a saúde. Todavia, a gravidez tem os seus benefícios, por exemplo: a gravidez diminui probabilidade de essa mulher ter cancro da mama ou dos ovários, diminui as dores no período de menstrual³⁹, ajuda a eliminação de maus hábitos, com a auto-estima, visto que as mulheres ganham uma nova perceção de sua própria força depois de passar pelo trabalho de parto⁴⁰. No entanto, o maior benefício é o nascimento de um filho, mas este não reverte a favor da gestante, mas sim dos tais beneficiários que fala a lei. Porém, também não nos parece constituir um dano em si, ainda que possa trazer danos, como por exemplo os danos naturais do parto, danos psicológicos como o stress pós-traumático, ou o facto de a gestante criar uma afetividade⁴¹ com o bebé e ter que ser separada dele⁴². Neste último caso, tendo em conta a natureza gratuita destes contratos e a obrigatoriedade de aprovação do pedido, para ser gestante será em princípio alguém muito próxima aos beneficiários⁴³.

³⁹ Vide Mafalda Correia, “Mater Semper (In)Certa Est da Gestação de Substituição e da sua Admissibilidade”, Tese de Dissertação de Mestrado em Ciências Jurídico-forense, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2015, p. 15 e 16.

⁴⁰ Vide “Gravidez traz benefícios para o corpo feminino”, in Pais & Filhos, edição de 12 de Setembro de 2013. Disponível em: <https://www.paisefilhos.com.br/gravidez/gravidez-traz-beneficios-para-o-corpo-feminino/>. Página consultada a 10 de Setembro de 2017.

⁴¹ “Alguns autores falam na indução de um autismo durante a gestação, que estimularia a grávida a não ter sentimentos nem vínculos com o feto”. Vide Miguel Oliveira da Silva, *Relatório sobre a procriação medicamente assistida* (...), trab. cit., p. 36.

⁴² Há estudos que destacam o sofrimento que constitui para muitas gestantes de substituição a entrega da criança após o parto, 10% desses casos requerem acompanhamento psiquiátrico. Note-se que esses estudos já são datados. *Idem*, p. 36.

⁴³ O Conselho de Ministros fez um comunicado em que destaca os “potenciais riscos psicológicos e afetivos que essa relação comporta, sem prejuízo das situações em que a gestante de substituição é um familiar próximo”. Vide “«Barriga de aluguer» só deve

Enquanto que os outros princípios dão mais ênfase à relação entre o profissional de saúde e os seu paciente, o princípio da justiça está associado à comunidade, isto é, a questões de justiça social. Não nos parece que aqui haja uma desigualdade de tratamento⁴⁴, visto ser um meio para alcançar o tal tratamento igualitário. VERA LÚCIA RAPOSO⁴⁵ defende que a proibição da maternidade de substituição viola, assim, o direito de reprodução, legal e constitucionalmente previsto, por não permitir a sua utilização⁴⁶.

Como podemos perceber, os princípios da bioética desenvolvidos no início deste trabalho não estão a ser violados, isto falando da gestação de substituição nos termos estabelecidos na Lei Portuguesa, logo não se constituem verdadeiros fundamentos da sua proibição.

Os argumentos frequentemente apresentados em oposição à gestação de substituição são os seguintes: esta técnica põe em causa a noção tradicional de família; o facto de a gravidez de substituição assentar num contrato; a exploração e manipulação da mulher; proporciona a utilização das mulheres mais desfavorecidas pelas mais abastadas; a impossibilidade de as gestantes substitutas preverem as suas atitudes em relação às crianças que carregam⁴⁷; o ambiente uterino e a sua influência determinante

ter contacto «mínimo indispensável» com o bebé”, in Público, edição de 22 de Julho de 2017. Disponível em: <https://www.publico.pt/2017/06/22/sociedade/noticia/bar-riga-de-aluguer-deve-ter-contacto-minimo-indispensavel-com-o-bebe-1776552>.

Página consultada a 23 de Julho de 2017.

⁴⁴ Aqui pode-se falar numa desigualdade económica, visto que as técnicas de PMA são dispendiosas, logo apenas quem tem condições financeiras pode ter acesso a estes serviços. A lei fala em igualdade de acesso a saúde, mas apenas relativamente aos serviços mínimos.

⁴⁵ Vide Vera Lúcia Raposo, *De Mãe para Mãe – (...)*, ob. cit., p. 68.

⁴⁶ Vide Mafalda Correia, “Mater Semper (In)Certa Est (...)”, tese cit., p. 17.

⁴⁷ Vide João Miguel Leal Rebola, “A Maternidade de Substituição: em especial a Criminalização do Contrato Oneroso”, Tese de Dissertação de Mestrado em Ciências Jurídica-forenses, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2013, p. 28.

na pessoa humana⁴⁸.

Um dos principais argumentos contra a gestação de substituição é a ideia que viola o princípio da dignidade da pessoa humana. Antes de mais, este princípio não é um princípio específico da bioética, mas isso não quer dizer que não seja relevante para a bioética, pelo contrário tem-se defendido ser o fundamento jurídico da bioética. É um princípio fundamental de um Estado de direito democrático⁴⁹, está previsto no primeiro artigo, quer na Declaração Universal dos Direitos Humanos⁵⁰ quer na nossa Constituição⁵¹. Como afirma OLIVEIRA ASCENSÃO, “os direitos humanos fundam-se na «eminente dignidade da pessoa humana»”⁵².

Então, olhando para o ponto de vista de cada uma das partes envolvidas, nomeadamente dos pais e da mulher que será a gestante, a parte mais fraca aparenta ser o desta, visto que irá fazer o papel de mãe durante aqueles 9 meses, terá que seguir um regimento de grávida, ter determinados cuidados que se assim não fosse não os teria, terá de perder horas dedicadas ao trabalho para ir a consultas, dependendo do seu trabalho poderá ter dificuldades em fazer todas aquelas tarefas que habitualmente fazia, ou deixar de as fazer se forem muito extenuantes, terá ainda as despesas médicas, para não falar de possíveis riscos de saúde para a gestante, em especial para as grávidas com mais de 35 anos.

Como iremos ver, maior parte destes problemas têm

⁴⁸ Vide Miguel Oliveira da Silva, *Relatório sobre a procriação medicamente assistida* (...), trab. cit., p. 29.

⁴⁹ Vide artigo 2.º da Constituição da República Portuguesa.

⁵⁰ “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade.”

⁵¹ “Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana e na vontade popular e empenhada na construção de uma sociedade livre, justa e solidária.”

⁵² Vide José Oliveira Ascensão, “A dignidade da pessoa e o fundamento dos Direitos Humanos”, in *Revista da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo*, v. 103, Jan./Dez. 2008, p. 278.

soluções, mas muitos consideram que a gestante “deixa de ser tratada como pessoa, para passar a mera incubadora”⁵³, ou seja, que se trata de um caso de “pura instrumentalização”⁵⁴, falamos de instrumentalização, não só da gestante de substituição pois é vista como um meio de realização de desejos como também a própria criança. Neste sentido, entende GUILHERME DE OLIVEIRA que “As pessoas podem ser objeto de relações jurídicas; e o exemplo vulgar é mesmo o da criança objeto dos poderes jurídicos dos seus pais. Mas o que pode justificar este modo de conceber coisas é a circunstância de os titulares dos poderes agirem no interesse da criança e não no seu próprio interesse.”⁵⁵ No entanto, especialmente tendo em conta as anotações sobre a dignidade na Constituição da República Portuguesa Anotada⁵⁶, não parece que esta técnica viola este princípio. Assim, o facto de gerar uma vida em detrimento dos pais do nascituro, não faz com que deva ser ou seja tratada como um objeto, mas sim o oposto. Segundo VERA LÚCIA RAPOSO, essa gestante é tanto meio de relações jurídico-sociais como a mãe que o faz, por exemplo, para “prender um homem”, como a mãe que o faz para sua própria realização pessoal ou então do casal, simplesmente estas últimas razões, ao contrário das outras, são mais do que socialmente aceites⁵⁷.

⁵³ Vide Vera Lúcia Raposo, *De Mãe para Mãe – (...)*, ob. cit., p. 49.

⁵⁴ Vide João Carlos Loureiro, “Outro útero é possível: civilização (da técnica), corpo e procriação: tópicos de um roteiro em torno da maternidade de substituição”, *Estudos em Homenagem ao Prof. Doutor Peter Hünerfeld*, Universidade de Coimbra – Coimbra Editora, Coimbra, 2013, p. 1413; Mafalda Correia, “Mater Semper (In)Certa Est (...)”, tese cit., p. 11.

⁵⁵ Vide Guilherme Oliveira, *Mãe há só uma, Duas – Contrato de Gestação*, Coimbra Editora, Coimbra, 1992, p. 43.

⁵⁶ A “pessoa é sujeito e não objeto, é fim e não meio de relações jurídico-sociais”, este fundamento como “linha decisiva de fronteira contra totalitarismos e contra experiências históricas de aniquilação existencial do ser humano”. Vide Gomes Canotilho e Vital Moreira, *Constituição da República Portuguesa Anotada*, Vol. I, p. 198 e 199; Mafalda Andreia Leite Correia, “Mater Semper (In)Certa Est (...)”, tese cit., p. 11 e 12.

⁵⁷ Vide Vera Lúcia Raposo, *De Mãe para Mãe – (...)*, ob. cit., p. 48.

Há também autores que alegam as vantagens patrimoniais e não patrimoniais obtidas pelas gestantes de substituição, nomeadamente CARL WOOD que entende que “as mães de substituição suportam melhor as alterações hormonais e psicológicas devido ao facto de estarem de antemão preparadas para entregarem a criança, uma vez que refletiram sobre a decisão final ainda antes de engravidarem.”⁵⁸

Quanto ao argumento de defesa do modelo tradicional de família, podemos dizer que hoje-em-dia está completamente ultrapassado, visto estarmos cada vez mais perante uma sociedade mais tolerante, ainda que haja uma resistência bastante saliente. Além disso a própria alternativa a esta técnica, quando se fala em casais inférteis, é a adoção, o que não é também considerada uma família tradicional, estará mais próxima a primeira situação, ainda que a criança seja gerada no ventre de uma outra mulher que não a mãe biológica, apesar disso não deixa de ser filha biológica daquele casal.

O facto de haver países como a Índia e a Ucrânia, e alguns Estados Americanos que permitem a gestação de substituição de fim comercial⁵⁹, ou seja, em que o contrato celebrado entre as partes é oneroso, gera uma certa controvérsia. A possibilidade de haver uma contrapartida monetária nestes casos é quase como que equiparada, pelos principais opositores à gestação de substituição comercial, ao pagamento pela vida da criança, logo se estaria a comercializar a vida humana. Por consequência, as mulheres que se disponibilizariam para serem gestantes de substituição seriam aquelas com maiores dificuldades financeiras, não pensando nas verdadeiras consequências⁶⁰.

⁵⁸ Segundo este autor, apenas 1% das mães de substituição acaba por mostrar arrependimento de tal decisão. *Vide* Vera Lúcia Raposo, *De Mãe para Mãe – (...)*, ob. cit., p. 50.

⁵⁹ *Vide* Pikee Saxena; Archana Mishra; Sonia Malik; “Surrogacy: Ethical and Legal Issues”, *Indian Journal Community Med*, 37(4), 2012 Outubro-Dezembro, p. 211.

⁶⁰ As mulheres pobres e analfabetas de origem rural são muitas vezes persuadidas por tais acordos pelo cônjuge ou intermediários para ganharem dinheiro fácil. Essas mulheres não têm direito à decisão em relação ao seu próprio corpo e vida. Na Índia, não

MIGUEL OLIVEIRA DA SILVA, o ex-presidente do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) afirmou que a gestação de substituição é “uma exploração da mulher e do corpo da mulher como quem empresta uma caneta”. Mas “em condições absolutamente excepcionais, em que não possa haver qualquer vínculo económico ou financeiro de dependência recíproca de uma em relação a outra, posso admitir em tese que uma irmã empreste o útero a outra irmã e que não ganhe dinheiro por isso, como é evidente.” Acrescenta que pode admitir teoricamente que “uma mãe jovem, 38/39 anos, empreste o útero à sua filha que teve o azar de nascer sem útero”, indica que “na esmagadora maioria dos casos o que se vê é que quem empresta o útero é alguém numa situação de dependência ou de subordinação financeira ou económica em relação à pessoa que vai beneficiar da criança que vai nascer. E portanto é, de uma forma camuflada ou não, uma barriga de aluguer, de uma forma camuflada ou não, uma exploração do corpo, de uma forma camuflada ou não, uma exploração até de sentimentos.”⁶¹

E se estes tipos de contratos forem gratuitos? Um estudo britânico revelou que 1 em cada 34 mulheres que foram gestantes de substituição o fizeram por motivos financeiros e não altruístas⁶². Apenas em casos de puro altruísmo é que a lei permite a gestação de substituição, como iremos ver melhor, se assim não fosse estaria-se a permitir um contrato que pudesse ser ou fosse contrário à ordem pública e/ou aos bons costumes⁶³, o

há provisão de triagem psicológica ou aconselhamento jurídico, o que é obrigatório nos EUA. *Vide* Pikee Saxena; Archana Mishra; Sonia Malik; “Surrogacy: (...)”, art. cit., p. 212.

⁶¹ *Vide* Miguel Oliveira da Silva: «Emprestar o útero não é ser mãe», in Observador, edição de 16 de Agosto de 2015. Disponível em: <http://observador.pt/2015/08/16/miguel-oliveira-da-silva-emprestar-o-utero-nao-e-ser-mae/>. Página consultada a 3 de Setembro de 2017.

⁶² *Vide* Celia Burrell; Hannah O’Connor; “Surrogate pregnancy: ethical and medico-legal issues in modern obstetrics”, *Surrogate pregnancy*, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2013, p. 115.

⁶³ *Vide* artigo 281.º do Código Civil que estabelece a nulidade destes negócios.

que não seria possível no nosso ordenamento jurídico.

No Parecer de 2004 da CNEV nada se falou na gratuidade deste tipo de contratos, embora todos os projetos de lei tenham riscado qualquer possibilidade de ser oneroso. Mas será que deve ser um altruísmo em anonimato? MIGUEL OLIVEIRA DA SILVA põe em confronto estas duas situações: “empréstimo do meu útero a quem dele precisar” versus “empréstimo do meu útero só se for à minha irmã, ou à minha amiga”⁶⁴. A segunda situação é bem mais provável e até recomendável, pois se eu, por exemplo, “emprestar o meu útero à minha irmã”, estaria a “carregar” a minha própria sobrinha. O primeiro caso apresentado e aprovado pelo Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA), que será a primeira gravidez de substituição em Portugal, é de uma mulher de 49 anos que dará à luz o seu próprio neto⁶⁵.

Neste âmbito seria necessário a certificação de que não existe a oferta de qualquer bem à grávida de substituição. Aqui o autor sugere um acompanhamento psicológico da grávida, a título de exemplo, por terapeutas familiares com larga experiência.

Aponta ainda a posição de THOMAS NAGEL, acerca da importância que o altruísmo pode ter sobre a auto-estima, isto é, “na recompensa e reconhecimento social de quem o exerce”. NAGEL distingue “entre o caso em que uma pessoa poderá beneficiar de uma conduta altruísta, mas não a adota por esse motivo, e aquele da pessoa que adota tal conduta, precisamente porque espera beneficiar pessoalmente através dela”. Por fim, acrescenta que “o dom cria uma relação pessoal de reconhecimento e

⁶⁴ Vide Miguel Oliveira da Silva, *Relatório sobre a procriação medicamente assistida (PMA) e gravidez de substituição*, Março de 2012, p. 28.

⁶⁵ Vide “Avó autorizada a dar à luz o neto. Será a primeira gravidez de substituição em Portugal”, in *Diário de Notícias*, edição de 8 de Setembro de 2017. Disponível em: <http://www.dn.pt/portugal/interior/avo-autorizada-a-dar-a-luz-o-neto-primeira-gravidez-de-substituicao-em-portugal-8757596.html>. Página consultada a 8 de Setembro de 2017.

de gratidão naqueles que o praticam entre si, com um retorno e um contra-dom que traduz a dívida moral daquele que o recebe”⁶⁶.

Uma outra crítica apresentada à gestação de substituição é por ter na sua base um contrato, mais precisamente o contrato de gestação de substituição. Para muitos autores esse contrato por ter por objeto a vida humana é ilícito⁶⁷, pois põe em causa a inviolabilidade da vida humana⁶⁸. Além disto, muitos encaram este contrato como um contrato de prestações de serviços, porém tendo em conta a natureza gratuita que o legislador designou para os contratos de gestação de substituição, logo não pode haver qualquer tipo de contrapartida e muito menos estar na base de uma relação de subordinação económica, nomeadamente de natureza laboral ou de prestação de serviços. Por outro lado, tem que haver um contrato nestas situações, com o objetivo de regular a relação entre a gestante de substituição e os pais biológicos.

Um outro aspeto destacado por MIGUEL OLIVEIRA DA SILVA é relativo ao ambiente uterino e sua influência determinante na pessoa humana: o micro-ambiente uterino condiciona o funcionamento da placenta e o desenvolvimento do epigenoma fetal, isto sem alterar a sequência do DNA, assim leva a modificações do epigenoma. Então, a mulher grávida altera a expressão genética de cada embrião e, por sua vez, o embrião altera a mãe gestante, não apenas no plano emocional e psicológico, como também no simples plano biológico, dado o DNA fetal em circulação materna. É neste aspeto que se deve ressaltar a afirmação de que a mulher não uma “mera incubadora”. O autor afirma que nem tudo se pode substituir nem emprestar e muito menos

⁶⁶ Miguel Oliveira da Silva cita a obra Thomas Nagel, *The Possibility of Altruism. Vide Relatório sobre a procriação medicamente assistida (...)*, trab. cit., p. 28 e 29.

⁶⁷ Vide Andressa Ribeiro do Lago, “Gestação de Substituição e Reprodução Humana Artificial: Controvérsias no Ordenamento Jurídico Nacional e Estrangeiro”, Trabalho de pesquisa para apresentação no 5.º Seminário de iniciação científica da FDSM, Campinas, 2015, p. 18 e 19.

⁶⁸ Vide o artigo 24.º da Constituição da República Portuguesa (CRP), cuja epígrafe é o “direito à vida”.

vender, a “gravidez não é um mero serviço que se utiliza (que é útil a alguém), um utensílio, um instrumento”⁶⁹.

Este último argumento é bastante relevante, mas não me parece ser suficiente para derogar a gestação de substituição, isto nos termos definidos na lei portuguesa, como iremos ver melhor, daí que tenha que haver uma ponderação das suas consequências, quer pelas partes, como pela CNPMA quando tiver que analisar esses pedidos.

Relativamente aos argumentos favoráveis à gestação de substituição é de destacar o direito à vida. Enquanto que uma das críticas apresentadas a esta técnica era quanto ao seu objeto, que muitos defendem ser a vida humana, outros autores têm a opinião, tendo em conta os interesses das crianças e da baixa taxa natalidade em grande parte dos países desenvolvidos, que estas têm um direito à vida, isto é, a nascer, visto que estamos perante casais que têm a vontade e as condições financeiras para os terem, mas por quaisquer motivos fora do seu alcance só podem ser pais recorrendo a este método. VERA LÚCIA RAPOSO defende que, “se entendermos que o direito à vida é o mais básico dos direitos da pessoa humana, todas as acções que o fomentem ou favoreçam terão que ser legalmente admitidas”⁷⁰.

É relevante mencionar aqui o direito a constituir família que está previsto no artigo 36.º da CRP. Está disposto que todos têm direito constituir família, parece que ao excluir o recurso à gestação de substituição se está a violar o princípio da igualdade, também ele previsto na CRP, mas no artigo 13.º.

Note-se que a igualdade constitui em si um outro argumento. Porém, a lei portuguesa apenas permite em alguns casos o recurso a esta técnica⁷¹, contudo se permitirmos todos os casos, nomeadamente os que incluem qualquer tipo de contrapartida,

⁶⁹ Vide Miguel Oliveira da Silva, *Relatório sobre a procriação (...)*, trab. cit., p. 29-32.

⁷⁰ Vide Vera Lúcia Raposo, *De Mãe (...)*, ob. cit., p. 88.

⁷¹ A lei portuguesa exclui os casais de homens homossexuais e as opções de vida, como por exemplo do Cristiano Ronaldo.

estariamos a atentar contra o valor da dignidade da pessoa humana. De acordo com a alínea e) do n.º 2 do artigo 67.º da CRP, deve o Estado regulamentar a procriação medicamente assistida, em termos que salvaguardem a dignidade da pessoa humana.

Também a CRP, no seu artigo 26.º, prevê o direito ao desenvolvimento da personalidade, este direito “constitui um direito subjectivo fundamental do indivíduo, garantindo-lhe um direito à formação livre da personalidade ou liberdade de acção como sujeito autónomo dotado de autodeterminação decisória, e um direito de personalidade fundamentalmente garantidor da sua esfera jurídico-pessoal e, em especial da integridade desta”⁷². Aqui a liberdade de ter ou não filhos é preciso ter em conta, como já falamos anteriormente para muitos ter filhos é “expressão de realização pessoal”⁷³ de cada um e da relação que os une”⁷⁴.

Temos ainda o direito à saúde, previsto no artigo 64.º da CRP, como a conceção de saúde é bastante ampla, inclui-se aqui também a saúde reprodutiva⁷⁵.

Note-se que a própria Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos da UNESCO tem como pressupostos, a dignidade humana, a qualidade de vida, bem-estar das famílias, o respeito pela liberdade, entre outros.

O critério da maternidade ser o parto está hoje ultrapassado, fala-se no da verdade biológica. Segundo TIAGO DUARTE, “se é indiscutível a ligação que a mãe uterina estabelece durante nove meses que dizer das características morfológicas e das condições funcionais, das doenças e das deficiências, mas também da cor de olhos e do cabelo, da beleza e da força, da capacidade

⁷² Vide Gomes Canotilho e Vital Moreira, *Constituição (...)*, ob. cit., p. 463.

⁷³ “A família, como elemento fundamental da sociedade, tem direito à protecção da sociedade e do Estado e à efetivação de todas as condições que permitam a realização pessoal dos seus membros” (artigo 67.º, n.º 1 da CRP).

⁷⁴ Vide Maria do Céu Patrão Neves, “Mudam-se os tempos, Manda a vontade. O desejo e o direito a ter um filho”, *Estudos de Direito da Bioética*, Vol. III, Almedina, Coimbra, 2009, p. 132.

⁷⁵ Vide Vera Lúcia Raposo, *De Mãe para Mãe – (...)*, ob. cit., p. 87.

cerebral e da habilidade manual, que dizer de tudo isto que é dado pela mãe genética?” Já EDUARDO SÁ defende que, “num plano psicológico, (...) a filiação é uma experiência relacional e afetiva”. Então, não se pode admitir que a verdade biológica seja o único critério relevante, pois se assim fosse estaria-se a pôr em causa a própria adoção, assim não se deve falar num critério mas sim em critérios, assim deve-se conjugar o fator biológico com o fator afetivo.⁷⁶

Em último lugar, esta técnica pode ser um meio de diminuição dos casos em que para conseguirem realizar o objetivo de serem pais recorrem a meios ilícitos, como por exemplo à compra de crianças.

5. UM NOVO PARADIGMA: A LEGALIZAÇÃO DA GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO

Na redação do artigo 8.º, mais precisamente no seu n.º 1, dada pela Lei n.º 32/2006, eram “nulos os negócios jurídicos, gratuitos ou onerosos, de maternidade de substituição”.

Apesar da proibição anterior da gestação de substituição⁷⁷, dezenas de casais portugueses por ano recorriam a barrigas de aluguer em países como os Estados Unidos, o Brasil, a Índia e a Ucrânia. A maioria desses casos era por problemas de saúde das potenciais mães, como falta de útero ou doenças incompatíveis com o progresso da gestação. No entanto, essas crianças eram depois registadas em Portugal.⁷⁸

Segundo o artigo 8.º, n.º 3, na sua versão original da Lei n.º 32/2006, a mulher que suportar uma gravidez de substituição

⁷⁶ Vide Mafalda Correia, “Mater Semper (In)Certa Est (...)”, tese cit., p. 37 a 39.

⁷⁷ “Não basta um fenómeno ser proibido, para que se não produza.” Vide José de Oliveira Ascensão, “Procriação Assistida e Direito”, *Estudos em Homenagem ao Professor Doutor Pedro Soares Martínez*, Vol I, Almedina, Coimbra, 2000, p. 651.

⁷⁸ Vide “Dezenas de casais ‘compram’ barrigas de aluguer”, in Fórum Netxplica, edição de 12 de Setembro de 2010. Disponível em: <http://forum.netxplica.com/viewtopic.php?t=14552&sid=004f930ddd59d068b3acdc063cca2294>. Página consultada a 13 de Setembro de 2017.

de outrem é havida, para todos os efeitos legais, como a mãe da criança que vier a nascer.

Em França, “desde a década de 80 que, (...) se tem recorrido ao instituto da adoção para encobrir acordos de maternidade de substituição. Procede-se, normalmente, da seguinte forma: uma mulher aceita ser inseminada com o esperma de um homem casado com uma mulher estéril; aquando do nascimento, a mãe biológica exerce o direito a não ser declarada como tal e o pai reconhece a criança. Detendo estas responsabilidades parentais, pode permitir a adoção da criança pelo cônjuge estéril, que beneficia do regime privilegiado aplicável a este tipo de adoção.”⁷⁹

A 1 de Agosto de 2017 entrou em vigor a Lei n.º 25/2016, aprovada a 26 de Julho e publicada a 22 de Agosto de 2016, que regula o acesso à gestação de substituição, procedendo à terceira alteração da Lei n.º 32/2006, a Lei da PMA. Então, estamos perante um novo paradigma - o da legalização da “maternidade de substituição”, agora mais corretamente designada por gestação de substituição. A gestante de substituição deixou de ser vista pelo legislador apenas como instrumento para a realização de um fim, isto é, da realização pessoal do casal; por não “gerar” o filho não quer dizer que não seja ou não possa ser a sua mãe, mas também por apenas “gerá-lo” não quer dizer que seja ou possa ser sua mãe. O artigo 8.º passou por uma completa transformação, apenas a definição dada ao fenómeno se manteve (passou para o seu n.º 1, com a denominação de «gestação de substituição») e ainda foram aditados números, em vez de 3 números passaram a ser 12.

As pessoas que geralmente procuram a utilização desta técnica são: os casais heterossexuais, cuja mulher tem algum problema grave que a impede de “gerar” o embrião/ feto, como

⁷⁹ Vide Paula Martinho da Silva e Marta Costa, *A Lei da Procriação Medicamente Assistida Anotada (e legislação complementar)*, Coimbra Editora, Coimbra, 2011, p. 61; Mafalda Correia, “Mater Semper (In)Certa Est (...)”, tese cit., p. 27.

por exemplo, a ausência de útero, genética ou porque teve cancro em idade jovem, sofre de insuficiência renal grave, ou tem um mioma uterino de grandes proporções em mulher de idade jovem onde é necessário realizar a histerectomia total; temos também os casos em que essa mulher tem uma idade próxima aos 50 anos e se encontra impossibilitada de ter filhos; temos ainda os casos de casais homossexuais⁸⁰, em especial os de homens, pois as mulheres é muito pouco provável que ambas se encontrem impossibilitadas de “gerar” a criança; e por fim, os casos de pessoas singulares, por opção pessoal, falamos aqui dos homens que querem ser pais solteiros, assim como das mães que querem ser mães solteiras mas têm algum dos problemas impeditivos da “geração” do bebé ou outros.

No entanto, os negócios jurídicos de gestação de substituição são meramente possíveis a título excepcional (artigo 8.º, n.º 2, 1.ª Parte da Lei da PMA). A Lei considera como situações excepcionais os casos em que a mulher do casal não tem útero, ou então sofre de alguma lesão ou doença uterina que “impeça de forma absoluta e definitiva a gravidez da mulher”, ou ainda em “situações clínicas que o justifiquem” (artigo 8.º, n.º 2, 2.ª Parte da Lei da PMA). Logo, aqui não se incluem os casos em que quem procura são casais de homens homossexuais ou então pessoas singulares. Contudo a Lei não limita completamente aos casos de ausência de útero, lesão ou doença uterina, ou seja, se a mulher do casal tiver um problema de saúde que não permita “gerar” o bebé, seja porque é um risco para ela ou então para o bebé, pode o casal recorrer a este método. Além disso, a gestante de substituição não pode ser doadora de ovócitos usado no procedimento, as gâmetas utilizadas no procedimento não precisam de ser de ambos, basta de apenas um (artigo 8.º, n.º 3 da Lei da PMA), logo se a mulher, por exemplo, teve de ser submetida a uma histerectomia total, podem recorrer à doação anónima de

⁸⁰ Vide Andressa Ribeiro do Lago, “Gestação de Substituição e Reprodução Humana Artificial: (...)”, *trab. cit.*, p. 15.

óvulos e ainda recorrer à gestação de substituição.

O contrato tem de ser necessariamente gratuito (artigo 8.º, n.º 2, 1.º Parte da Lei da PMA), assim é proibido qualquer tipo de pagamento ou a doação de qualquer bem ou quantia por parte dos beneficiários à gestante de substituição pela gestação da criança, só é possível se for essa quantia relativa às despesas de saúde e transporte (artigo 8.º, n.º 5). Nos termos do artigo 39.º da Lei da PMA, é punido com pena de prisão ou de multa quem celebrar um contrato de gestação de substituição oneroso. Não pode ser celebrado um contrato de gestação de substituição quando exista entre as partes uma relação de subordinação económica, quer de natureza laboral quer de prestação de serviços (n.º 6).

Depois de celebrado por escrito o contrato de gestação de substituição supervisionado pelo CNPMA (n.º 10), o casal candidato deve efetuar um pedido de autorização prévia ao CNPMA (artigo 8.º, n.º 4 da Lei da PMA; artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 6/2017, de 31 de julho), através de formulário disponível online. Do processo têm de constar declarações favoráveis de um psiquiatra ou psicólogo e do director do Centro de PMA onde as técnicas necessárias à concretização da gestação vão ter lugar. O CNPMA tem 60 dias para se pronunciar. Se o pedido for admitido, é solicitado um parecer à Ordem dos Médicos (não vinculativo), que tem igualmente 60 dias para o apresentar.

O CNPMA também no prazo máximo de 60 dias deve de seguida decidir se autoriza ou rejeita a celebração do contrato, se assim entender pode solicitar “a realização de uma avaliação completa e independente do casal beneficiário e da gestante de substituição, por uma equipa técnica e multidisciplinar, designadamente na área da saúde materna e da saúde mental” (artigo 2.º, n.º 9, do Decreto Regulamentar n.º 6/2017).

O processo de autorização é bastante complexo e longo, a fim de evitar que mais tarde, isto é, quando for demasiado

tarde, a gestante de substituição se arrependa de ter sido submetida ao processo, e também pelo receio de depois de o bebê nascer se recuse a entregá-lo, daí o constante adiamento da aprovação dos projetos de lei. Ainda que não seja doadora de ovócitos, a verdade é que o risco existe, assim com o acompanhamento terapêutico, da CNPMA e ainda o parecer da Ordem dos Médicos, permite-lhes avaliar a situação com maior precisão e rigor, também permite que as partes repensem, em especial a parte que irá ser submetida a esta técnica, enquanto esperam pela decisão, e até mesmo que exerçam o seu direito ao arrependimento. Para reforçar este aspeto, o artigo 14.º, n.º 6 da Lei do PMA diz que devem os beneficiários e a gestante de substituição ser ainda informados, por escrito, do significado da influência da gestante de substituição no desenvolvimento embrionário e fetal.

O artigo 3.º do Decreto Regulamentar n.º 6/2017, cuja epígrafe é “contrato de gestação de substituição” dispõe que: “1 - O CNPMA aprova o contrato-tipo de gestação de substituição, que contém os elementos essenciais do contrato, disponibilizando-o no respetivo sítio da internet. 2 - Por acordo das partes, podem ser aditadas cláusulas ao contrato-tipo referido no número anterior. 3 - Do contrato-tipo devem constar, entre outras, cláusulas tendo por objeto: a) As obrigações da gestante de substituição no que respeita ao cumprimento das orientações médicas do obstetra que segue a gravidez e a realização dos exames e atos terapêuticos por este considerados indispensáveis ao correto acompanhamento clínico da gravidez, tendo em vista assegurar a evolução normal da gravidez e o bem-estar da criança; b) Os direitos da gestante de substituição na participação nas decisões referentes à escolha do obstetra que segue a gravidez, do tipo de parto e do local onde o mesmo terá lugar; c) O direito da gestante de substituição a um acompanhamento psicológico antes e após o parto; d) As obrigações e os direitos da gestante de substituição, tais como a possibilidade de recusa de se submeter a exames de diagnóstico, como a amniocentese, ou a possibilidade de

realizar viagens em determinados meios de transporte ou fora do país no terceiro trimestre de gestação; e) A prestação de informação completa e adequada sobre as técnicas clínicas e os seus potenciais riscos para a saúde; f) A prestação de informação ao casal beneficiário e à gestante de substituição sobre o significado e as consequências da influência do estilo de vida da gestante no desenvolvimento embrionário e fetal; g) As disposições a observar sobre quaisquer intercorrências de saúde ocorridas na gestação, quer a nível fetal, quer a nível da gestante de substituição; h) As disposições a observar em caso de eventual interrupção voluntária da gravidez em conformidade com a legislação em vigor; i) A possibilidade de denúncia do contrato por qualquer das partes, no caso de se vir a verificar um determinado número de tentativas de gravidez falhadas e em que termos tal denúncia pode ter lugar; j) Os termos de revogação do consentimento ou do contrato e a suas consequências; k) A gratuidade do negócio jurídico e a ausência de qualquer tipo de imposição, pagamento ou doação por parte do casal beneficiário a favor da gestante de substituição por causa da gestação da criança, para além do valor correspondente às despesas decorrentes do acompanhamento de saúde efetivamente prestado, incluindo em transportes; l) Os subsistemas ou seguros de saúde que podem estar associados ao objeto de contrato; m) A forma de resolução de conflitos a adotar pelas partes em caso de divergência que se suscite sobre a interpretação ou execução do negócio jurídico.”⁸¹

⁸¹ Este Decreto teve em atenção as considerações de Miguel Oliveira da Silva, nomeadamente sobre as questões que podem surgir mais tarde depois da celebração do contrato. O legislador se esforçou por incluir no artigo todas as situações a serem obrigatoriamente estipuladas no contrato pelas partes, situações estas que possam surgir maioritariamente durante e depois da gravidez de substituição, a fim de evitar possíveis conflitos. “Mas não sendo possível prever todas as eventualidades (ocorrências e intercorrências na gravidez – ex: alimentação, medicação, vestuário, vida sexual, exercício físico, patologia materna e fetal - escolha da equipa pré-natal, tipo de parto, amamentação, indemnizações por danos), uma questão subsiste: quem decide nas situações não previstas no contrato?” *Vide* Miguel Oliveira da Silva, *Relatório sobre a procriação (...)*, tra. cit., p. 37.

O artigo 8.º, n.º 10 da Lei de PMA destaca a obrigatoriedade da estipulação no contrato das disposições a observar em caso de ocorrência de malformações ou doenças fetais e em caso de eventual interrupção voluntária da gravidez. O casal através do contrato “não pode impor restrições de comportamentos à gestante de substituição, nem impor normas que atentem contra os seus direitos, liberdade e dignidade” (n.º 11). Se não forem respeitadas as disposições previstas no artigo 8.º o contrato será nulo (artigo 8.º, n.º 12).

Relativamente à questão do estabelecimento da filiação, a gestante de substituição não tem qualquer papel na determinação da filiação, a criança que nascer através do recurso a esta técnica será tida como filha dos respetivos beneficiários (artigo 8.º, n.º 7 da Lei da PMA). Também nestes casos haverá a proteção dos dados pessoais, da informação genética pessoal e informações de saúde, quer dos próprios beneficiários quer como da gestante de substituição.

Segundo o artigo 15.º, n.º 1, da Lei da PMA, há um dever de sigilo por parte de todos aqueles que tomarem conhecimento do recurso a técnicas de PMA. Já o n.º 5 diz que o assento de nascimento não pode, em caso algum, conter indicação de que a criança nasceu da aplicação de técnicas de PMA.

DANIEL SERRÃO coloca algumas questões ética-jurídicas pertinentes - “E se a gravidez se tornar uma gravidez de risco, se o feto tiver malformações graves ou, simplesmente, se a mulher portadora decidir mudar de opinião, pode ou não recorrer ao abortamento legal?” E se a gestante de substituição mudar de ideias após o parto e se recusar a entregar a criança aos pais biológicos? “Se o casal se divorciar durante o período de gravidez para substituição e nenhum dos cônjuges quiser receber o filho, a mãe portadora vais ter de ficar com ele?”⁸²

⁸² Vide “Daniel Serrão questiona maternidade de substituição”, in Diário de Notícias, edição de 18 de Janeiro de 2012. Disponível em: <http://www.dn.pt/portugal/interior/daniel-serrao-questiona-maternidade-de-substituicao-2247990.html>. Página

Com os aditamentos e as alterações feitas à Lei da PMA, será pouco provável que se coloque com frequência estas questões. Relativamente à primeira, terá que ser estipulado entre as partes o que fazer caso isso aconteça, a meu ver o mais adequado seria estipular que em caso de risco para a gestante de substituição ou a descoberta de uma malformação grave, se possível conforme o artigo 124.º do Código Penal, deve a gestante interromper a gravidez, não lhe pode ser imposto que não aborte (artigo 8.º, n.º 11 da Lei da PMA), mas também não que aborte. Note-se que as partes terão acompanhamento psicológico, em especial antes do contrato para que se consiga determinar se está assente as consequências e impactos do processo nas suas vidas; intervêm ainda aqui o Centro de Fertilidade e a CNPMA; e ainda a longitude do processo antes de autorizada a técnica permitirá a sua melhor ponderação.

Quanto à segunda questão, tendo em conta a natureza gratuita deste contrato, não será qualquer pessoa a querer ser gestante de substituição, muito provavelmente será uma pessoa bastante próxima aos beneficiários, logo essa relação de proximidade poderá apaziguar a gestante, pois terá uma relação com a criança, ainda que não adotando o papel de “mãe”, temos o exemplo do primeiro caso que será de gravidez de substituição em Portugal, em que a gestante estará a “gerar” a sua própria neta. Como já falamos, os pais são os beneficiários, logo não poderá a gestante se recusar a entregar a criança. Esta é uma questão bastante complexa, mas também é preciso ter em conta que este ponto será um dos aspetos que frequentemente será mais debatido ao longo do processo, ainda é cedo para tirar conclusões precipitadas.

Por fim, quanto à última questão, não haverá dúvida, em especial tendo em conta que há muitos casos de casais que se divorciam ou se separaram antes de o bebé nascer e não é por isso que deixam de ser pais, logo os pais da criança serão sempre

os beneficiários.

6. CONCLUSÃO

Como vimos dentro do âmbito da bioética estuda-se a gestação de substituição que é uma técnica de procriação medicamente assistida.

Com os abusos da ciência desde o início da segunda guerra mundial, houve a necessidade de limitar a sua atividade, a fim de proteger o valor da dignidade da vida humana, através do estabelecimento de princípios orientadores basilares da bioética, tendo estes natureza compulsória, mas sem se estruturarem hierarquicamente. Esses princípios são: o da autonomia, em que o consentimento do paciente tem de ser livre e esclarecido; o da beneficência e o da não-maleficência, que requerem que os profissionais de saúde melhorem o bem-estar dos pacientes e também não provoquem danos para a saúde; já o da justiça está associado a questões de justiça social.

Quanto aos argumentos a favor e contra, o recurso à gestação de substituição não viola a dignidade da vida humana, nem da gestante de substituição nem dos beneficiários, e também não da criança, embora muitos entendam que sim. O argumento de que é antinatural não faz sentido, especialmente tendo em conta a alternativa a esta técnica - a adoção. Outros argumentos contrários são a exploração e manipulação de mulheres, e por proporcionar a utilização das mulheres mais pobres pelas mais ricas, porém esses problemas são mais frequentes em países em desenvolvimento, onde existe uma maior discrepância económica e se envolve a possibilidade de haver uma contrapartida de uma certa quantia monetária. Outro argumento que deve ser tido em conta antes da celebração de um contrato de gestação de substituição é o do ambiente uterino e a sua influência determinante na pessoa humana.

A favor destes contratos é de destacar o princípio da

igualdade e alguns dos mais básicos princípios e direitos de um estado democrático, nomeadamente o direito a constituir família, o direito à vida e à saúde reprodutiva, o direito ao desenvolvimento da personalidade, entre outros.

Com a Lei n.º 25/2016 que alterou a Lei da PMA fez-se uma viragem do paradigma até então vigente, que era o da proibição da gestação de substituição, passando a ser legal, embora apenas seja admitida nos casos em que a mulher do casal sofra de uma lesão ou de doença no útero, ou então falta esse órgão, ou ainda por outras situações clínicas que a justifique. O contrato celebrado entre as partes tem de ter obrigatoriamente de natureza gratuita, se assim não for será nulo. Para além disto, a gestante não poderá ser a doadora de ovócitos e terá que renunciar aos poderes e deveres próprios da maternidade, logo a criança será filha dos respetivos beneficiários. A CNPMA é entidade que supervisiona todo esse processo.



7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMORIM, Caroline Sebastiany, *Aspetos Jurídicos da Maternidade de Substituição no Direito Brasileiro*. Disponível em: http://www3.pucrs.br/pucrs/files/uni/poa/direito/graduacao/tcc/tcc2/trabalhos2006_1/caroline_amorim.pdf.

ASCENSÃO, José de Oliveira (coord.), *Estudos de Direito de Bioética*, Vol. II, Almedina, Coimbra, 2008; Vol. III, Almedina, Coimbra, 2009; Vol. IV, Almedina, Coimbra, 2012.

— “A dignidade da pessoa e o fundamento dos Direitos

- Humanos”, in Revista da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, v. 103, Jan./Dez. 2008.
- “Procriação Assistida e Direito”, *Estudos em Homenagem ao Professor Doutor Pedro Soares Martínez*, Vol I, Almedina, Coimbra, 2000.
- “Avó autorizada a dar à luz o neto. Será a primeira gravidez de substituição em Portugal”, in Diário de Notícias, edição de 8 de Setembro de 2017. Disponível em: <http://www.dn.pt/portugal/interior/avo-autorizada-a-dar-a-luz-o-neto-primeira-gravidez-de-substituicao-em-portugal-8757596.html>. Página consultada a 8 de Setembro de 2017.
- “«Barriga de aluguer» só deve ter contacto «mínimo indispensável» com o bebé”, in Público, edição de 22 de Julho de 2017. Disponível em: <https://www.publico.pt/2017/06/22/sociedade/noticia/barriga-de-aluguer-deve-ter-contacto-minimo-indispensavel-com-o-bebe-1776552>. Página consultada a 23 de Julho de 2017.
- BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F., *Principles of Biomedical Ethics*, 7.ª Edição, New York: Oxford University Press, 2013.
- BURRELL, Celia; O’CONNOR, Hannah; “Surrogate pregnancy: ethical and medico-legal issues in modern obstetrics”, *Surrogate pregnancy*, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2013.
- CANOTILHO, J. J. Gomes e MOREIRA, Vital, *Constituição da República Portuguesa Anotada*, Vol. I, 4.ª Edição, Coimbra Editora, Coimbra, 2014.
- CLOTET, Joaquim, *Bioética: uma aproximação*, Porto Alegre, EDIPUCRS, 2003.
- CNECV, *Fundamentos Éticos nas Prioridades em Saúde – Ciclo de Conferências CNECV/2011*, Lisboa, CNECV, 2012.
- “Conheça a história de Louise Brown, o primeiro bebê gerado

- pela fertilização *in vitro*”, *in* Procriar, edição de 23 de Outubro de 2015. Disponível em: <http://www.procriar.com.br/blog/2015/10/23/conheca-a-historia-de-louise-brown-o-primeiro-bebe-gerado-pela-fertilizacao-in-vitro/>. Página consultada a 5 de Setembro de 2017.
- CORREIA, Mafalda Andreia Leite, “Mater Semper (In)Certa Est da Gestação de Substituição e da sua Admissibilidade”, Tese de Dissertação de Mestrado em Ciências Jurídica-forenses, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2015.
- “Daniel Serrão questiona maternidade de substituição”, *in* Diário de Notícias, edição de 18 de Janeiro de 2012. Disponível em: <http://www.dn.pt/portugal/interior/daniel-serrao-questiona-maternidade-de-substituicao-2247990.html>. Página consultada a 27 de Agosto de 2017.
- “Dezenas de casais 'compram' barrigas de aluguer”, *in* Fórum Netxplica, edição de 12 de Setembro de 2010. Disponível em: <http://forum.netxplica.com/viewtopic.php?t=14552&sid=004f930ddd59d068b3acdc063cca2294>. Página consultada a 13 de Setembro de 2017.
- GAGO, Joana Isabel Fontinha, “Maternidade de Substituição: legalidade e aplicabilidade, altruísmo e valor da vida humana”, Tese de Dissertação de Mestrado em Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, 2012.
- “Gravidez traz benefícios para o corpo feminino”, *in* Pais & Filhos, edição de 12 de Setembro de 2013. Disponível em: <https://www.paisefilhos.com.br/gravidez/gravidez-traz-beneficios-para-o-corpo-feminino/>. Página consultada a 10 de Setembro de 2017.
- “Juramento dos médicos vai mudar”, *in* Expresso, edição de 11 de Novembro de 2017. Disponível em: <http://expresso.sapo.pt/sociedade/2017-11-11-Juramento-dos-medicos-vai-mudar>. Página consultada a 12 de

Novembro de 2017.

LAGO, Andressa Ribeiro do, “Gestação de Substituição e Reprodução Humana Artificial: Controvérsias no Ordenamento Jurídico Nacional e Estrangeiro”, Trabalho de pesquisa para apresentação no 5.º Seminário de iniciação científica da FDSM, Campinas, 2015.

LOUREIRO, João Carlos, “Outro útero é possível: civilização (da técnica), corpo e procriação: tópicos de um roteiro em torno da maternidade de substituição”, *Estudos em Homenagem ao Prof. Doutor Peter Hünerfeld*, Universidade de Coimbra – Coimbra Editora, Coimbra, 2013.

“Médicos confirmam primeiro nascimento de um bebé a partir de um útero transplantado”, *in* Público, edição de 4 de Outubro de 2014. Disponível em: <http://www.publico.pt/ciencia/noticia/medicos-confirmam-primeiro-nascimento-de-um-bebe-a-partir-de-um-utero-transplantado-1671842>. Página consultada a 6 de Setembro de 2017.

“Miguel Oliveira da Silva: «Emprestar o útero não é ser mãe»”, *in* Observador, edição de 16 de Agosto de 2015. Disponível em: <http://observador.pt/2015/08/16/miguel-oliveira-da-silva-emprestar-o-utero-nao-e-ser-mae/>. Página consultada a 3 de Setembro de 2017.

NEVES, Carlos, *Bioética. Temas elementares*, Fim de Século Edições, Lisboa, 2001.

NEVES, Maria do Céu Patrão, “Mudam-se os tempos, Manda a vontade. O desejo e o direito a ter um filho”, *Estudos de Direito da Bioética*, Vol. III, Almedina, Coimbra, 2009.

NUNES, Rui, “Concorda com a maternidade de substituição?”, *in* Boletim da Ordem dos Advogados, N.º 115, Junho 2014.

OLIVEIRA, Guilherme Freire Falcão de, *Mãe há só uma, Duas – Contrato de Gestação*, Coimbra Editora, Coimbra, 1992.

“Primeiro transplante de útero nos Estados Unidos realizado com sucesso”, in *Sapo lifestyle*, edição de 26 de Fevereiro de 2016. Disponível em: <https://lifestyle.sapo.pt/saude/noticias-saude/artigos/primeiro-transplante-de-utero-nos-estados-unidos-realizado-com-sucesso>. Página consultada a 6 de Setembro de 2017.

RAPOSO, Vera Lúcia, *De Mãe para Mãe – questões legais e éticas suscitadas pela maternidade de substituição*, Coimbra, Coimbra Editora, 2005.

REBOLA, João Miguel Leal, “A Maternidade de Substituição: em especial a Criminalização do Contrato Oneroso”, Tese de Dissertação de Mestrado em Ciências Jurídicas forenses, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2013.

SAXENA, Pikee; MISHRA, Archana; MALIK, Sonia; “Surrogacy: Ethical and Legal Issues”, *Indian Journal Community Med*, 37(4), 2012 Outubro-Dezembro.

SILVA, Daniel Vasconcelos da, “«Barriga de Aluguel» - Análise do caso «Baby M» e a ótica na Justiça brasileira”. Disponível em: <https://pt.linkedin.com/pulse/barriga-de-aluguel-an%C3%A1lise-do-caso-baby-m-e-%C3%B3tica-daniel>.

SILVA, Miguel Oliveira da, *Relatório sobre a procriação medicamente assistida (PMA) e gravidez de substituição*, Março de 2012.

SILVA, Paula Martinho da e COSTA, Marta, *A Lei da Procriação Medicamente Assistida Anotada (e legislação complementar)*, Coimbra Editora, Coimbra, 2011.

SITES:

Information on Surrogacy: <http://information-on-surrogacy.com>.

Modern Family Surrogacy Center:

<http://www.modernfamilysurrogacy.com>.

Ordem dos Médicos Portugueses: <https://ordemdosmedicos.pt>.