

A PROcriação Medicamente Assistida: A Evolução Histórico-Legislativa. O Anonimato do Dador vs. A Identidade da Criança Concebida com Recurso à Procriação Medicamente Assistida

Mafalda Maio dos Santos Nunes¹

Resumo: O desejo de procriar com o intuito de preservar a sua descendência faz parte da condição humana. Em termos naturalísticos, a procriação apenas pode ser alcançada através do estabelecimento de relações sexuais entre o homem e a mulher.

Porém, é evidente o facto de que nem todos os homens e mulheres conseguem alcançar este desejo, nomeadamente devido a problemas de infertilidade ou esterilidade.

A situação de infertilidade e/ou esterilidade é passível de provocar situações de frustração, ansiedade e isolamento social entre homens e mulheres suscetíveis de provocar depressões por quem dela sofre, que carecem de uma resposta social capaz de superá-la: o que passa, logicamente, pela sua regulamentação.

Ora, é através da aplicação de técnicas de Procriação Medicamente Assistida que o indivíduo ou casal detentor de alguma dificuldade em procriar de forma natural a possibilidade de procriar. Porém, a regulamentação da Procriação Medicamente

¹ Licenciada pela Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa. Pós-Graduada em Bioética pela Faculdade de Direito de Lisboa. Advogada.

Assistida e a necessidade de prestar declaração de consentimento informado, levantam diversas preocupações de ordem ética e moral que se refletem diretamente em questões jurídico-constitucionais: tal como o “Princípio do anonimato do Dador” vs. o direito fundamental à identidade da criança concebida com recurso às técnicas de PMA e que será, em diante, analisado.

Palavras-Chave: Direito da Família. Infertilidade. Esterilidade. Procriação Medicamente Assistida. Consentimento informado. Princípio do anonimato do Dador.

I. INTRODUÇÃO À PROBLEMÁTICA:



s progressivos avanços na ciência e tecnologia, com consequência direta na biomedicina, têm permitido ao ser humano a superação de problemas de esterilidade, nomeadamente através da criação de métodos e aplicação das técnicas de Procriação Medicamente Assistida (também designada por “PMA”) permitindo, assim, a satisfação do desejo de ter um filho e, desta forma, construir ou aumentar a sua família – hipótese essa que, de outro modo, sairia frustrada.

Por Procriação Medicamente Assistida entende-se o “conjunto de métodos destinados à formação de um embrião humano não derivados de ato sexual”.

Através da aplicação de técnicas de Procriação Medicamente Assistida, torna-se possível ao indivíduo e/ou casal infértil, ao detentor de alguma dificuldade em procriar de forma natural, por não possuir material genético ou por possuí-lo em pouca quantidade e/ou qualidade, a possibilidade de procriar e, bem assim, a concretização de um sonho.

Um dos principais requisitos para aceder aos métodos de aplicação da Procriação Medicamente Assistida, é necessário que as partes neste contrato prestem o seu consentimento livre e

esclarecido – também chamado de “consentimento informado”. Nesta declaração de consentimento informado, as Partes reconhecerem todos os riscos do recurso às técnicas artificiais de procriação, como ainda declaram não se conhecer entre si.

O impedimento de que as Partes contraentes se conheçam ou se venham a conhecer é, provavelmente, um dos aspectos mais controversos do recurso à Procriação Medicamente Assistida. Isto porque, se por um lado, a possibilidade de recurso às técnicas de PMA aparenta ser a alternativa para uma vida completa e feliz do indivíduo ou do casal que dela venha a beneficiar, por outro lado, o fornecimento de material genético por terceiros que dele venham a beneficiar acarreta questões relacionadas com a identidade do *Dadores*, como, em última instância, da Criança fruto desta procriação artificial – que poderá ter interesse em saber quem cedeu o material genético que faz parte do seu ADN.

A expectativa do Dador em não ser identificado como genitor entra, desde logo, em conflito com o interesse da pessoa nascida em consequência da inseminação, a par da uma relação familiar juridicamente constituída, realizar plenamente o seu direito a uma identidade pessoal genética (direito fundamental).

O interesse da Criança concebida com recurso a estas técnicas passa, não apenas por conhecer a identidade daquele que lhes transmitiu os genes (progenitor biológico), como protegeras suas expectativas genéticas, nomeadamente no que diz respeito à sua carga genética e eventual histórico de saúde que poderá, consigo, transportar².

O que deverá pesar mais? O direito do Dador em preservar a sua identidade ou, por outro lado, o direito de identidade da pessoa fruto das técnicas de PMA?

Estas questões ético-jurídicas devem, naturalmente, ser

² EGÍDIO, Mariana Melo, no seu artigo «Inseminação artificial heteróloga, anonimato do dador e direito ao conhecimento das origens genéticas - Análise de Jurisprudência Constitucional».

refletidas, discutidas e ponderadas não só por aqueles que recorrem a estas técnicas, como por toda a comunidade envolvente.

Ora, é nesta temática do anonimato do Dador vs. direito ao conhecimento da origem genética que se irá centrar o nosso estudo.

II. EVOLUÇÃO DA PROCRIAÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA. ANÁLISE À EVOLUÇÃO DO REGIME JURÍDICO PORTUGUÊS:

É inegável que o desejo de procriar com o intuito de preservar a sua descendência faz parte da condição humana. Em termos naturalísticos, a procriação apenas pode ser alcançada através do estabelecimento de relações sexuais entre o homem e a mulher.

É, porém, evidente o facto de que nem todos os homens e mulheres (e/ou casais, em última instância) conseguem alcançar este desejo devido por eventuais problemas de infertilidade ou esterilidade. A situação de infertilidade/esterilidade é passível de provocar situações de frustração, ansiedade e isolamento social entre homens e mulheres suscetíveis de provocar depressões por quem dela sofre.

A regulamentação nesta matéria tem vindo a surgir, conforme se irá ver, perante as dificuldades de ordem ética e legal suscitadas pelas novas técnicas de procriação artificial humanae que vinham a ser apreciadas nestes países mais desenvolvidos.

A infertilidade tem vindo a ser uma preocupação ao longo da história da Humanidade. Já no século XV, se tentou a primeira técnica de inseminação em Portugal com a Rainha Joana de Portugal, na qual foi utilizado esperma do seu marido, Rei D. Henrique IV – tendo esta se logrado frustrada³.

Apenas mais tarde, em 1884, nos Estados Unidos da

³ DUARTE, Tiago, *In Vitro Veritas? A Procriação Medicamente Assistida na Constituição e na Lei*, Almedina, 2003

América, foi realizada a primeira inseminação artificial heteróloga – que pressupõe a contribuição de material genético de dador terceiro em relação a quem dele irá beneficiar.

O verdadeiro desenvolvimento da ciência dá-se a partir do século XX provocado pelos sucessivos avanços na Tecnologia e Ciência que, inevitavelmente, “contaminaram” a Biomedicina.

O primeiro Banco de Esperma surge no decorrer do ano de 1953, no Estado de Iowa, Estados Unidos da América. No de 1978, nasceu em Inglaterra a primeira criança proveniente das técnicas de Procriação Medicamente Assistida (“bebé proveta”), sob a orientação do médico Robert Edwards: Louise Brown.

Em Portugal, o primeiro bebé-proveta a 25 de fevereiro de 1986, sob orientação do médico obstetra e antigo professor catedrático António Pereira Coelho: *Carlos Miguel Mondim Saleiro*, o conhecido futebolista português.

Atualmente, a infertilidade é uma doença reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (O.M.S), que a define como a “incapacidade de um casal conceber ou levar a bom termo uma gravidez, depois de um ano de relacionamento sexual regular sem qualquer proteção”.

Nas mulheres, são apontadas como principais causas de infertilidade as seguintes: a idade avançada, defeitos na estrutura do útero e/ou dos ovários (útero septado ou endometriose), infeções e ainda a alterações hormonais (por exemplo, o excesso de testosterona no corpo). Por outro lado, as principais causas de infertilidade nos homens estão usualmente relacionadas por hábitos de vida pouco saudáveis, tais como o consumo frequente de álcool, tabaco, o uso de drogas ilícitas e excesso de peso – causas que podem diminuir diretamente a produção e a qualidade dos espermatozoides – ou ainda por verificação de alterações no sistema reprodutor, infeções, alterações hormonais ou genéticas.

Em Portugal, estima-se que cerca de cerca de 15% dos casais em idade reprodutiva, são confrontados com a

impossibilidade de engravidar quando tentam ter filhos⁴.

Ora, o avanço da medicina tem vindo a ser feito tendencialmente acompanhado pelas sucessivas e necessárias alterações legislativas. Porém, nesta área tão sensível e transversal a todos nós como é o Direito da Família, as preocupações e divergências prendiam-se inicialmente com a escassa e insuficiente resposta legislativa.

No ordenamento jurídico português, as primeiras intervenções legislativas recaíram sobre o Código Civil de 1966 que, no seu artigo 1799º, estabelecia que a fecundação artificial não pode ser invocada para estabelecer a paternidade do filho procriado por meio dela nem para impugnar a paternidade presumida por lei.

Com a alteração legislativa de 1977, que introduziu os artigos 1801º e 1839º do Código Civil, passou a admitir os exames de sangue e quaisquer outros métodos cientificamente comprovados como meios de prova nas ações relativas à filiação, não sendo possível a impugnação da paternidade com fundamento em inseminação artificial ao cônjuge que nela consentiu.

A matéria relativa à PMA sofreu a sua maior evolução a partir do ano de 1986, quando a Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa recomendou aos Estados membros do Conselho da Europa a regularização da matéria relativa à utilização de embriões e fetos humanos para fins de diagnóstico, terapêutico, científicos, industriais e comerciais⁵, por considerar que a utilização de células e tecidos derivados de embriões humanos clonados ou de híbridos homem/animal não pode ser autorizada, nem por razões de ordem ética, nem por razões que se prendem com os elevadíssimos riscos médicos observados. Foi, então, publicado o Decreto-Lei nº 319/86, de 25 de setembro⁶, primeiro

⁴ Dados estatísticos referentes ao ano de 2021 publicados a 29/06/2021 pelo Atlas da Saúde *in*

<https://www.atlasdasaude.pt/artigos/fertilidade-nao-dura-para- sempre-preserve>

⁵ Recomendação da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa nº 1046.

⁶ No preâmbulo desse Decreto-Lei pode ler-se, aliás, o seguinte: «*Uma das técnicas*

diploma a regulamentar a Procriação Medicamente Assistida em Portugal.

Este primeiro diploma, que apenas continha três artigos, determinava que a recolha, a manipulação, a conservação de espermatozoides e quaisquer outros atos exigidos pelas técnicas de procriação artificial humana só podem ser praticados sob a responsabilidade e a direta vigilância de um médico em organismos públicos ou privados que tenham sido expressamente autorizados para o efeito pelo Ministro da Saúde, autorização que era dispensada quando se utilizassem técnicas de procriação artificial homóloga com sêmen fresco. Na realidade, apenas versava sobre a PMA heteróloga.

Em 1997, foi aprovada a proposta de Lei nº 135/VII e que regulava a Procriação Medicamente Assistida. No mesmo ano, a procedeu-se à alteração da Constituição da República Portuguesa pela Lei nº 1/97, de 20 de setembro, passando o artigo 67º, nº 2, alínea e) a garantir que incumbe, designadamente, ao Estado para proteção da família regulamentar a procriação assistida, em termos que salvaguardem a dignidade da pessoa humana.

A Procriação Medicamente Assistida volta a estar em cima da mesa no ano de 2005, tendo sido alvo de diversas

mais utilizadas é a inseminação artificial, quer a chamada inseminação artificial homóloga, quer a inseminação com espermatozoides de um dador. Sabe-se, porém, que as duas modalidades de inseminação têm um relevo completamente distinto: enquanto a inseminação artificial homóloga não provoca significativas dificuldades, ao menos nos casos vulgares, a inseminação heteróloga levanta problemas técnicos e ético-jurídicos muito delicados. Uma das orientações firmes nesta matéria é a que proíbe a execução da fecundação artificial com sêmen fresco de um dador. Esta prática era já condenada por várias razões sérias, como o risco para a saúde da mulher, o perigo de transmissão de doenças hereditárias e a total ausência de registo fidedigno das operações; hoje a condenação é ainda mais severa, porque se conhece o risco de transmissão da síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA). A inseminação artificial heteróloga deve apenas poder ser realizada com sêmen recolhido, analisado e conservado por instituições públicas ou privadas que dêem todas as garantias técnicas de evitar aqueles riscos e que tenham capacidade administrativa para satisfazer as exigências éticas e legais requeridas e ainda para tornar viável o controle da legalidade da intervenção.»

propostas de lei por parte dos seguintes partidos: Partido Social Democrata (PSD) que apresentou o Projeto Lei nº 176/X, de 22 de outubro de 2005, publicado no Diário da República, II Série – A, nº 59, Partido Socialista (PS) através da apresentação da Projeto Lei nº 151/X, de 7 de setembro de 2005, publicado no Diário da República, II Série A, nº 47, Bloco de Esquerda5 (BE) que se fez apresentar com o Projeto de Lei nº 141/X, de 20 de julho de 2005, publicado no Diário da República, II Série A, nº 34, e Partido Comunista Português (PCP) com a apresentação do Projeto de Lei nº 172/X, de 13 de outubro de 2005, publicado no Diário da República, II Série – A, nº 55.

Apenas em 2006, com a aprovação da Lei nº 32/2006, de 26 de julho, diploma atualmente em vigor, não obstante as diversas alterações legislativas⁷ que têm vindo a estender o seu âmbito de aplicação objetivo e subjetivo.

Senão vejamos.

Conforme tivemos oportunidade de expor, em Portugal a Procriação Medicamente Assistida encontra-se especialmente regulada pela Lei nº 32/2006, de 26 de Julho, na versão que lhe é dada pela Lei n.º 48/2019, de 08 de julho.

A primeira alteração à Lei da PMA ocorreu através da aprovação da Lei n.º 59/2007, de 04/09, que veio regulamentar a responsabilidade das penas das pessoas coletivas e equiparadas que praticarem atos médicos referentes a esta matéria.

Posteriormente, a Lei n.º 17/2016, de 20 de junho veio introduzir o alargamento à Procriação Medicamente Assistida aos casais heterossexuais, casais homossexuais, sejam ou não casados, ou que vivam em condições análogas às dos cônjuges, bem como a todas as mulheres independentemente do seu estado civil e da respetiva orientação sexual.

No mesmo ano, foi publicada a Lei n.º 25/2016, de 22 de

⁷ Nomeadamente através dos seguintes diplomas: Lei n.º 59/2007, de 04/09, Lei n.º 17/2016, de 20/06, Lei n.º 25/2016, de 22/08, Lei n.º 58/2017, de 25/07, Lei n.º 49/2018, de 14/08, Lei n.º 48/2019, de 08/07.

agosto, que veio regulamentar o acesso à Gestação de Substituição – isto é, qualquer situação em que a mulher se disponha a suportar uma gravidez por conta de outrem e a entregar a criana após o parto, renunciando aos poderes e deveres próprios da maternidade -, nos casos de ausência de útero, de lesão ou de doena deste órgão que impea de forma absoluta e definitiva a gravidez.

No ano seguinte deu-se nova alterao ao diploma da PMA através da publicao da Lei n.é 58/2017, de 25 de julho, que veio aditar o artigo 16 -A, regulando o destino a dar aos espermatozoides, ovócitos, tecido testicular e tecido ov rico que sejam recolhidos e não sejam utilizados, devendo ser crios preservados por um prazo máximo de cinco anos.

Em 2018, é publicada nova alterao por via da Lei n.é 49/2018, de 14/08 referente ao regime do maior acompanhado, na medida em que o artigo 6  da Lei n.é 32/2006, de 26 de Julho passou a dispor que as técnicas são podem ser utilizadas em benefício de quem tenha, pelo menos, 18 anos de idade e desde que não exista uma sentena de acompanhamento que vede o recurso a tais técnicas.

A última alterao deu-se, então, no ano de 2019 pela Lei n.é 48/2019, de 08 de julho que estabelece o regime de confidencialidade nas técnicas de procriao medicamente assistida. Este será, então, o diploma que maior relevo tem no desenvolvimento atual deste tema.

III. BREVE ANÁLISE DO REGIME JURÍDICO DA PROCRIAO MEDICAMENTE ASSISTIDA:

A Lei n.é 32/2006, de 26 de julho, na redao que lhe é dada pela Lei n.é 48/2019, de 08 de julho, reconhece e regula as seguintes técnicas de Procriao Medicamente

Assistida: inseminação artificial⁸, fertilização *in vitro*⁹, injeção intracitoplasmática de espermatozoides¹⁰, transferência de embriões, gâmetas ou zigotos, diagnóstico genético pré-implantação¹¹, assim como outras técnicas laboratoriais de manipulação gamética ou embrionária equivalentes ou subsidiárias e ainda a gestação de substituição¹². Quanto às finalidades da PMA, é proibida a clonagem reprodutiva tendo como objetivo criar seres humanos geneticamente idênticos a outros.

Além disso, as técnicas de PMA não podem ser utilizadas para conseguir melhorar determinadas características não médicas do nascituro, designadamente a escolha do sexo, com exceção dos casos em que exista risco elevado de doença genética ligada ao sexo, e para a qual não seja ainda possível a detecção direta por diagnóstico genético pré-implantação ou nos casos em que é ponderosa a necessidade de obter grupo HLA (*human leukocyte antigen*) compatível para efeitos de tratamento de doença

⁸ *Trata-se de um tratamento de fertilidade que consiste na inserção de espermatozoides no útero ou cérvix da mulher, facilitando a fertilização, sendo um tratamento indicado para casos de infertilidade masculina ou feminina.*

⁹ *Também conhecida por FIV, esta é uma técnica de reprodução assistida que consiste na fecundação do óvulo pelo espermatozoide em laboratório, que depois é implantado dentro do útero, sendo todos os procedimentos realizados em uma clínica de fertilidade, sem que exista relação sexual envolvida.*

¹⁰ *Denominada por ICSI, este é um procedimento no qual um único espermatozoide é injetado diretamente num óvulo, utilizado frequentemente para, por exemplo, ultrapassar problemas de infertilidade masculina. Note-se que os passos envolvidos na ICSI e na fertilização *in vitro* (FIV) são semelhantes, com a exceção de que é necessário um grande número de espermatozoides para a FIV. Isto faz com que a ICSI seja um método mais adequado por exemplo para casos de infertilidade masculina, uma vez que só é necessário um espermatozoide.*

¹¹ *Trata-se de um diagnóstico de alterações genéticas e cromossômicas nos embriões, antes da sua implantação, para conseguir que os filhos nasçam sem doenças hereditárias. Esta técnica de procriação medicamente assistida requer sempre um tratamento de Fertilização *in Vitro* (FIV) com Microinjeção de espermatozoides (ICSI), para dispor dos embriões no laboratório.*

¹² *Definida no artigo 8º da Lei nº 32/2006, de 26 de julho na sua redação atual 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 os poderes e deveres próprios da maternidade».*

grave. A PMA não pode, igualmente, ser utilizada com o objetivo de originarem quimeras ou híbridos. Por último, a lei prevê a proibição da aplicação das técnicas de PMA de diagnóstico genético pré-implantação em doenças multifatoriais onde o valor preditivo do teste genético seja muito baixo. Relativamente à gestação de substituição, a lei previu a sua redação original ser nula nos negócios jurídicos, gratuitos ou onerosos, de maternidade de substituição: sendo que a mãe que suportasse uma gravidez de substituição de outrem é havida, para todos os efeitos legais, como a mãe da criança que vier a nascer. A previsão legal foi, no entanto, alterada pela Lei nº 25/2016, de 22 de agosto, que definiu a gestação de substituição 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 Lei nº 25/2016, de 22 de agosto veio permitir a celebração de negócios jurídicos de gestação de substituição a *título excepcional* e com *natureza gratuita*¹³, nos casos de ausência de útero, de lesão ou de doença deste órgão que impeça de forma absoluta e definitiva a gravidez da mulher ou em situações clínicas que o justifiquem. A celebração destes negócios é feita através de contrato escrito¹⁴, estabelecido entre as partes, supervisionado pelo Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (de quem carecem de prévia autorização), onde devem constar obrigatoriamente, em conformidade com a legislação em vigor, as disposições a observar em caso de ocorrência de

¹³ A lei estabelece que é proibido qualquer tipo de pagamento ou a doação de qualquer bem ou quantia dos beneficiários à gestante de substituição pela gestação da criança, exceto o valor correspondente às despesas decorrentes do acompanhamento de saúde efetivamente prestado, incluindo em transportes, desde que devidamente tituladas em documento próprio. Não é permitida a celebração de negócios jurídicos de gestação de substituição quando existir uma relação de subordinação económica, nomeadamente de natureza laboral ou de prestação de serviços, entre as partes envolvidas.

¹⁴ De onde não podem constar cláusulas que imponham restrições de comportamentos à gestante de substituição nem impor normas que atentem contra os seus direitos, liberdade e dignidade.

malformações ou doenças fetais e em caso de eventual interrupção voluntária da gravidez. Este Conselho Nacional de PMA é, assim, a entidade que supervisiona todo o processo, a qual é sempre antecedida de audição da Ordem dos Médicos e apenas pode ser concedida nas situações anteriormente previstas. A gestação de substituição só pode ser autorizada através de uma técnica de PMA com recurso aos gametas de, pelo menos, um dos respetivos beneficiários, não podendo a gestante de substituição, em caso algum, ser a dadora de qualquer ovócito usado no concreto procedimento em que é participante.

O legislador quis deliberadamente acautelar o estabelecimento da maternidade e paternidade ao estabelecer que a criança que nascer através do recurso à gestação de substituição é tida como filha dos respetivos beneficiários.

Do mesmo modo, o legislador determinou que no tocante à validade e eficácia do consentimento das partes envolvidas no negócio da gestação de substituição, estas devem prestar o seu consentimento livre, esclarecido, de forma expressa e por escrito, perante o médico responsável: devendo, no entanto, ser informados, por escrito, de todos os benefícios e riscos conhecidos resultantes da utilização das técnicas de PMA, bem como as suas implicações éticas, sociais e jurídicas. O consentimento das partes é, no entanto, livremente revogável desde que seja feita até ao início dos processos terapêuticos de PMA.

Todas as técnicas de PMA devem respeitar a Dignidade Humana de todas as pessoas, sendo proibida a discriminação com base no património genético ou no facto de se ter nascido em resultado da utilização de técnicas de PMA – cfr. artigo 3º da Lei nº 32/2006, de 26 de julho.

A lei determina que as técnicas de Procriação Medicamente Assistida são um método subsidiário e não alternativo de procriação: o que determina, desde logo, que apenas possam ser utilizadas mediante diagnóstico de infertilidade ou em casos de tratamento de doença grave ou risco de transmissão de doenças

de origem genética, infecciosa ou outras. Acresce que todas as mulheres podem recorrer às técnicas de PMA independentemente do diagnóstico de infertilidade.

No sentido de conferir a maior proteção aos beneficiários da PMA, a lei portuguesa determina que estas técnicas apenas podem ser ministradas em centros públicos ou privados desde que expressamente autorizados para o efeito pelo Ministro da Saúde. Estes centros encontram-se espalhados por todo o país¹⁵.

Podem ser beneficiário da Procriação Medicamente Assistida os casais de sexo diferente ou os casais de mulheres, respetivamente casados ou casadas ou que vivam em condições análogas aos cônjuges, bem como todas as mulheres independentemente do estado civil e da respetiva orientação sexual, desde que tenham mais de 18 anos de idade e não exista uma sentença de acompanhamento que vede o recurso a tais técnicas. A Lei nº 17/2011, de 20 de junho, veio alterar a primeira versão do diploma, alargando o seu âmbito de aplicação, que previa como beneficiários das técnicas de PMA as pessoas casadas que não se encontrem separadas judicialmente de pessoas e bens ou separadas de facto ou as que, sendo de sexo diferente, vivam em condições análogas aos cônjuges há pelo menos dois anos podem recorrer a técnicas de PMA.

Compete ao médico responsável propor aos beneficiários a técnica de PMA que, cientificamente, se afigure mais adequada quando outros tratamentos não tenham sido bem-sucedidos, não ofereçam perspetivas de êxito ou não se mostrem convenientes segundo os preceitos do conhecimento médico. A recusa do profissional deve especificar as razões de ordem clínica ou de outra

¹⁵ Atualmente, estão autorizados a ministrar técnicas de PMA os seguintes centros hospitalares: Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães, o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE, Centro Hospitalar do Porto, EPE, Centro Hospitalar de São João, EPE, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, EPE, Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE – Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE – Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Hospital Garcia da Orta, EPE, Hospital Dr. Nélio Mendonça, SESARAM, EPE.

índole que a motivam, designadamente, a objeção da consciência.

Estabelece o artigo 12º da Lei nº 32/2006, na sua redação atual, que os beneficiários das técnicas de PMA têm direito a não serem submetidos a técnicas que não ofereçam razoáveis probabilidades de êxito ou cuja utilização comporte riscos significativos para a saúde da mãe ou do filho, a serem assistidos em ambiente médico idóneo que disponha de todas as condições materiais e humanas requeridas para a correta execução da técnica aconselhável, a serem corretamente informados sobre as implicações médicas, sociais e jurídicas prováveis dos tratamentos propostos, a conhecer as razões que motivem a recusa de técnicas de PMA, a serem informados das condições em que lhes seria possível recorrer à adoção e da sua relevância social.

Por outro lado, o artigo 13º da Lei nº 32/2006, na sua redação atual estabelece que são deveres dos beneficiários das técnicas de PMA prestar todas as informações que lhes sejam solicitadas pela equipa médica ou que entendam ser relevantes para o correto diagnóstico da sua situação clínica e para o êxito da técnica a que vão submeter-se, a observar rigorosamente todas as prescrições da equipa médica, quer durante a fase do diagnóstico quer durante as diferentes etapas do processo de PMA e, ainda, devem prestar todas as informações relacionadas com a saúde e o desenvolvimento das crianças nascidas com recurso a estas técnicas a fim de serem globalmente avaliados os resultados médico-sanitários e psicossociológicos dos processos de PMA.

Tal como referimos quanto à gestação de substituição, a lei prevê no seu artigo 14º a prestação do consentimento livre, esclarecido, de forma expressa e por escrito, por parte dos beneficiários das técnicas de PMA perante o médico responsável. O consentimento dos beneficiários da PMA deve ser, porém, um consentimento informado, prestado por escrito.

IV. O PRINCÍPIO DO ANONIMATO DO DADOR:

O ponto de partida da nossa análise deverá ser, porém, o artigo 26º da Constituição da República Portuguesa (adiante somente CRP). O número 1 do artigo 26º da CRP determina que todos são reconhecidos os direitos à *identidade pessoal*, ao desenvolvimento da personalidade, à capacidade civil, à cidadania, ao bom nome e reputação, à imagem, à palavra, à reserva da intimidade da vida privada e familiar e à proteção legal contra quaisquer formas de discriminação.

Por seu turno, o número 2 deste artigo determina que a lei estabelecerá garantias efetivas contra a obtenção e utilização abusivas, ou contrárias à dignidade humana, de informações relativas às pessoas e famílias. Na verdade, a lei garantirá a dignidade pessoal e a identidade genética do ser humano, nomeadamente na criação, desenvolvimento e utilização das tecnologias e na experimentação científica (cfr. número 3 do artigo 26º da CRP). A previsão constitucional termina com a seguinte redação: a privação da cidadania e as restrições à capacidade civil só podem efetuar-se nos casos e termos previstos na lei, não podendo ter como fundamento motivos políticos.

Ora, o princípio do anonimato do doador encontra-se consagrado no artigo 15º da Lei n.º 32/2006, de 26 de Julho.

A versão anterior à publicação da Lei n.º 48/2019, de 08 de julho estabelecia o seguinte:

Artigo 15º - Confidencialidade

1 - Todos aqueles que, por alguma forma, tomarem conhecimento do recurso a técnicas de PMA, incluindo nas situações de gestação de substituição, ou da identidade de qualquer dos participantes nos respetivos processos, estão obrigados a manter sigilo sobre a identidade dos mesmos e sobre o próprio ato da PMA.

2 - As pessoas nascidas em consequência de processos de PMA com recurso a dâdiva de gâmetas ou embriões podem, junto dos competentes serviços de saúde, obter as informações de natureza genética que lhes digam respeito, excluindo a

identificação do dador.

3 - *Sem prejuízo do disposto no número anterior, as pessoas aí referidas podem obter informação sobre eventual existência de impedimento legal a projetado casamento, junto do Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida, mantendo-se a confidencialidade acerca da identidade do dador, exceto se este expressamente o permitir.*

4 - *Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, podem ainda ser obtidas informações sobre a identidade do dador por razões ponderosas reconhecidas por sentença judicial.*

5 - *O assento de nascimento não pode, em caso algum, incluindo nas situações de gestação de substituição, conter indicação de que a criança nasceu da aplicação de técnicas de PMA. Infelizmente o legislador português optou pela regradado anonimato do dador de gâmetas ignorando o eventual direito da pessoa gerada graças à dação a conhecer a sua origem genética, tal como previsto no número 3 do artigo 26º da Constituição da República Portuguesa, que dispõe que a lei garantirá a dignidade pessoal e a identidade genética do ser humano, nomeadamente na criação, desenvolvimento e utilização das tecnologias e na experimentação científica.*

O número 1 do artigo 15º da Lei nº 32/2006, de 26 de Julho, resguardando o princípio do anonimato do dador de gâmetas, previa a regra do sigilo, dispondo que todos aqueles que tomarem conhecimento do recurso a técnicas de procriação medicamente assistida ou da identidade de qualquer dos participantes estão obrigados a manter sigilo sobre a identidade destese sobre o próprio ato da procriação.

O número 2 do artigo 15º da Lei nº 32/2006, de 26 de Julho, previa que os filhos nascidos em decorrência de procriação com recurso à dádiva de gâmetas ou embriões podem ter acesso a informações de natureza genética que lhes digam respeito, exceto a identificação do dador, junto dos Serviços de Saúde. Por conseguinte, o número 3 do artigo 15º da Lei nº 32/2006, de 26 de Julho estabelecia que os filhos podem ainda obter informação sobre eventual existência de impedimento legal a projetado casamento. Esta informação deverá ser solicitada junto do Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida,

conservando-se a confidencialidade acerca da identidade do dador, exceto se este o permitir. Por fim, o número 4 do artigo 15º da Lei nº 32/2006, de 26 de Julho determinava que podem ser obtidas informações sobre a identidade do dador por razões ponderosas reconhecidas por sentença judicial.

Após a leitura de todo o artigo 15º da Lei nº 32/2006, de 26 de Julho poderemos tirar as seguintes conclusões:

i) O legislador português optou pela regra do anonimato do dador de gâmetas ignorando o eventual direito da pessoa gerada graças à doação a conhecer a sua origem genética, tal como previsto no número 3 do artigo 26º da Constituição da República Portuguesa.

ii) Os números 2 e 3 do artigo 15º da Lei nº 32/2006, de 26 de Julho possibilitava ao sernascido por meio de procriação artificial informações referentes a informações de natureza genética, porém vedando informações relativas à identidade do dador, ou seja, mantém a barreira da verdade biológica.

iii) O número 4 do artigo 15º da Lei nº 32/2006, de 26 de Julho abria uma brecha neste bloco de anonimato permitindo a obtenção de informações sobre a identidade do dador por razões ponderosas reconhecidas por sentença judicial.

Infelizmente, o legislador português não optou por esclarecer os interpretetes da lei quanto ao que seriam as razões ponderosas que permitem a obtenção de informações sobre a identidade do dador.

Tal definição encontrava-se nas mãos dos Magistrados Judiciais, cabendo-lhes a decisão, no caso concreto, sobre quais razões poderão preencher este conceito indeterminado e da construção doutrinária.

Por seu turno, Diogo Leite de Campos¹⁶ indicava como uma das possíveis "razões ponderosas" a possibilidade de o filho

¹⁶ CAMPOS, Diogo Leite de, "A procriação medicamente assistida heteróloga e o sigilo sobre o dador - ou a onipotência do sujeito", Revista AO, Ano 66 – Vol. III, Dez. 2006, disponível em <https://portal.oa.pt/publicacoes/revista/ano-2006/ano-66-vol-iii-dez-2006/doutrina/diogo-leite>.

estar afetado psiquicamente por não conhecer os seus paisbiológicos.

Como se pode verificar e seguindo a orientação de Rafael Luís de Vale e Reis¹⁷ a Lei nº32/2006, de 26 de julho deixava muito pouca margem ou até quase que impede a concretização ao direito fundamental ao conhecimento das origens genéticas.

Pelo que andou bem o legislador quando procedeu à sexta alteração à Lei n.º 32/2006, de 26 de julho (procriação medicamente assistida), alterada pelas Lei nº 59/2007, de 4 de setembro, Lei n.º 17/2016, de 20 de junho, Lei nº 25/2016, de 22 de agosto, Lei nº 58/2017, de 25 de julho, e 49/2018, de 14 de agosto.

O artigo 15.º da Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, passa a ter a seguinte redação:

Artigo 15.º - Confidencialidade

1 - Quem, por alguma forma, tomar conhecimento da identidade de participantes em técnicas de PMA, incluindo as situações de gestação de substituição, está obrigado a manter o sigilo sobre a identidade dos mesmos e sobre o próprio ato da PMA.

2 - As pessoas nascidas em consequência de processos de PMA com recurso a dádiva de gâmetas ou embriões podem, junto dos competentes serviços de saúde, obter as informações de natureza genética que lhes digam respeito, bem como, desde que possuam idade igual ou superior a 18 anos, obter junto do Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida informação sobre a identificação civil do dador.

3 - As pessoas nascidas em consequência de processos de PMA, com recurso a dádiva de gâmetas ou embriões, desde que possuam idade igual ou superior a 16 anos, podem obter informação sobre eventual existência de impedimento legal a projetado casamento.

4 - Para efeitos do n.º 2, entende-se como 'identificação civil' o nome completo do dador ou dadora.

5 - (Anterior n.º 4.)

¹⁷ Reis, Rafael Luís Vale e, “O Direito ao Conhecimento das Origens Genéticas”, Coimbra, CoimbraEditora, 2008, p. 475

6 - (Anterior n.º 5.)

V. AS TESES DOMINANTES. OS DOIS LADOS DA MESMA MOEDA:

São, no essencial, duas as teses que têm sido defendidas relativamente à questão do anonimato do dador.

A primeira, a qual iremos tratar no ponto seguinte, sustenta que a pessoa nascida por meio de técnicas de procriação medicamente assistida tem direito a conhecer a identidade do dador, por imperativo constitucional fundado no número 3 do artigo 26º da Constituição da República Portuguesa, que define que “A lei garantirá a dignidade pessoal e a identidade genética do ser humano, nomeadamente na criação desenvolvimento e utilização das tecnologias e na experimentação científica”.

A segunda, antagónica, defende a primazia do valor do anonimato do dador em relação ao direito a conhecer as origens genéticas.

A lei portuguesa adotou, como vimos no ponto anterior, uma posição intermédia ou mitigada. O legislador português optou por partir do princípio do anonimato do dador, permitindo alguns níveis de conhecimento da sua identidade como já analisamos supra.

VI. TESES CONTRA O PRINCÍPIO DO ANONIMATO DO DADOR:

Como já referimos foram vários os autores que tomaram posição formando uma corrente doutrinária contra o princípio do anonimato do dador de gâmetas previsto no n.º 1 do artigo 15º da Lei nº 32/2006, de 26 de Julho.

No entanto, é de salientar que os argumentos que utilizam para sustentar as suas conceções são distintos, de autor para autor. Por essa razão, analisaremos quais os argumentos dados por alguns dos autores de maior referência na nossa doutrina.

Será interessante começar por expor a posição de Guilherme de Oliveira¹⁸ que, muito antes da redação da Lei nº 32/2006, de 26 de Julho, perspectivava que a ocultação da verdade biológica parecia contrariar não só a relevância, em geral dos conhecimentos das ciências biológicas, mas também o culto da verdade nas sociedades em que se coloque o problema do anonimato do dador, como acabou por se refletir no ordenamento jurídico português. Tal como ensina Guilherme de Oliveira, o segredo da progenitura não satisfaz necessariamente o interessado filho. Por sua vez, o segredo sobre a progenitura é, sem dúvida, violador do direito ao conhecimento da historicidade pessoal fundamental à tutela geral da personalidade.

Por seu turno, José de Oliveira Ascensão posicionava-se também desfavoravelmente em relação ao princípio do anonimato do dador, numa interessante referência "um ser que nasce sem história, a partir de gâmetas anónimos, pelo menos no que respeita a uma das suas vertentes, é um ser amputado"¹⁹. Doutamente, José de Oliveira Ascensão sustenta a sua tese em dois grandes polos, de certa forma, próximos: primeiramente na importância que reveste a origem biológica para restabelecer a inserção na cadeia geracional e, por outro lado, no fato do direito à identidade genética implicar também a origem genética. Ambos não se bastando com a mera indicação anónima de dados genéticos.

Mais, Jorge Duarte Pinheiro²⁰ ensinava que a defesa da "constitucionalidade do anonimato do dador é muito problemática". Defende doutamente que o direito à identidade pessoal genética, consagrado no número 3 do artigo 26º da Constituição da República Portuguesa inclui o direito de conhecer a pessoa que

¹⁸ OLIVEIRA, Guilherme de, "O estabelecimento da filiação. Mudança recente e perspectivas", *Temas de Direito da Família*, Almeida, 1986, pp.109-110

¹⁹ ASCENSÃO, José de Oliveira, "Direito e Bioética", in *Direito da Saúde e Bioética*, Lisboa, Almedina, 1990, pág. 27 e 28

²⁰ PINHEIRO, Jorge Duarte, "O Direita da Família Contemporâneo", 6ª Edição, 1ª Reimpressão, Lisboa, AAFDL, 2019, pp. 181-182.

efetuou a dação, tornando possível a sua própria existência. Considera, portanto, que o direito de conhecer a pessoa que efetuou a dação pode ser superior à expectativa do dador em que não seja conhecida a sua identidade.

Do ponto de vista constitucional, Paulo Otero²¹ ensinava que sempre será inconstitucional qualquer regra que preceitue o anonimato do dador de material genético. Sustenta que, considerando tal regra pudesse ser constitucional estar-se-ia a desrespeitar o direito à identidade pessoal, bem como a violar a personalidade do filho que tem de saber quem são os seus pais biológicos e o modo como foi gerado. Defende, neste sentido, que não existem interesses ou direitos por parte de quaisquer pessoas intervenientes no processo que possam colidir com o direito de alguém conhecer a respetiva origem e o património genético.

Por fim, Rafael Vale e Reis²² defendia que o direito a conhecer a origens genéticas não se apresenta como absoluto, preconizando que se deve encontrar uma solução de equilíbrio em que se tenham em conta outros interesses ou valores conflitantes, como a defesa da paz da família, formulando assim, uma tese intermédia.

VII. TESES A FAVOR DO PRINCÍPIO DO ANONIMATO DO DADOR:

Contra a corrente doutrinária contra o princípio do anonimato do dador de gâmetas previsto no n.º 1 do artigo 15º da Lei nº 32/2006, de 26 de Julho, existia uma segunda, antagónica, defendendo a primazia do valor do anonimato do dador em relação ao direito a conhecer as origens genéticas.

Nesta corrente doutrinária destaca-se o pensamento de

²¹ OTERO, Paulo, “Personalidade e Identidade Pessoal e do Ser Humano - Um Perfil Constitucional da Bioética”, Lisboa, Almedina, 1999, pp. 73-74.

²² Reis, Rafael Luís Vale e, “O Direito ao Conhecimento das Origens Genéticas”, Coimbra, Coimbra Editora, 2008, p. 475

Paula Martinho da Silva²³ segundo o qual "A consagração do princípio da confidencialidade (ou anonimato do dador) podese visto numa dupla perspetiva: num campo mais alargado (e aplicado de forma geral a todas asdoações de do corpo humano - sangue, órgãos, células, gâmetas e outros produtos) tem em vista garantir a não comercialização dos produtos de corpo humano ou qualquer forma de coação na sua doação. No âmbito da PMA, para além deste objetivo, visa-se, naturalmente também proteger a intimidade e a privacidade dos seus intervenientes na utilização de uma técnica permitida por lei". Acresce que, Paula Martinho da Silva faz uma interessante reflexão sobre o tema, analisandoinclusivamente como se processa esta situação noutros ordenamentos jurídicos. Sustenta a Autoraque se não for mantido o anonimato do dador, o número de problemas jurídicos decorrentes do estabelecimento da filiação e de problemas psicológicos para a criança e para sua família será bastante significativo. Salienta, por outro lado, que "se a identidade do dador for conhecida, a criança enfrentará a possibilidade de vários «pais», entre os quais um que contribui somente paraa sua constituição biológica, mas cuja doação, não implica qualquer intenção de paternidade". Naopinião da Autora, estar-se-ia a correr o risco de querer estabelecer a filiação em relação a alguém que não tem qualquer intenção de o ser, nem tanto de assumir qualquer responsabilidade. ConcluiPaula Martinho da Silva que a identidade do dador deverá ser preservada, porém em moldes quenão colidam com os direitos da criança e sem consequências jurídicas sobre a filiação.

Por seu turno, Carlos Pamplona Corte-Real²⁴ defendia que a utilidade deste tipo de técnica, pensada unicamente para os seus beneficiários, deve ser preservada, nomeadamente,

²³ Silva, Paula Martinho da, Costa, Marta, "A Lei da Procriação Medicamente Assistida Anotada eLegislação Complementar", Coimbra, Coimbra Editora, 2011, anotação ao Art.º 15.º

²⁴ CORTE-REAL, Carlos Pamplona, Pereira, José Silva Pereira, "Direito da Família - Tópicos para umareflexão crítica", Lisboa, AAFDL, 2008.

respeitando a solução legal do sigilo e da não parentalidade do dador, de forma a manter o incentivo à dação de gâmetas. Numa perspetiva economicista do procedimento da procriação medicamente assistida, Tiago Miguel Mendonça entendia que o anonimato do dador será talvez a melhor solução. O autor considera que o anonimato do dador evita a multiplicação das figuras parentais, num só seio familiar, o que não poderia ser evitado caso fosse outra a solução. Por outrolado, refere que esta solução dá cobro à verdadeira utilidade da procriação medicamente assistida, aqui na mesma linha que Carlos Pamplona Corte-Real, o alargamento do número de pessoas dispostas a constituírem-se como dadoras.

Por outro lado, numa perspetiva comparativa com o regime jurídico da adoção, Tiago Miguel Mendonça²⁵ defende que o regime da procriação medicamente assistida não se deve afastar, no sentido em que aqui a proximidade do descendente e do dador é, possivelmente, muito menor, não compreendendo porque não se deve também aqui apagar todos os vínculos jurídicos anteriores.

Tiago Miguel Mendonça questiona a virtude do facto de na consulta que pode ser feita pelo sujeito gerado através da procriação medicamente assistida junto da autoridade competente, a fim de afastar uma possível relação consanguínea com a pessoa com quem pretende iniciar uma relação conjugal, ser dada a possibilidade de aceder à informação relativa ao dador genético, mediante consentimento do dador, exceção aberta pelo número 3 do artigo 15º da Lei nº 32/2006, de 26 de Julho. Exceção esta, conclui o Autor, possibilita, mediante um exercício aleatório, procurar ter essa informação, permitindo-se em extremo um "jogo de probabilidades".

Por fim, Francisco Aguilar, Autor que nos parece que vai mais longe, defende o princípio do anonimato do dador, visto

²⁵ MENDONÇA, Tiago Miguel, "Análise económica e direito da família, um casamento feliz?", Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, 2013.

que caso assim não fosse, criar-se-iam consequências jurídicas sobre a filiação, devendo o dador assumir a parentalidade da criança que nasceu da suadação.

VIII. BRAINSTORMING CONCLUSIVO:

O princípio do anonimato do dador e a não revelação pelos casais, aos filhos assim gerados, do modo da sua conceção, é uma das questões mais debatidas a nível internacional, pelo que a solução que iremos propor não é unanime.

A maioria da doutrina aponta para o facto do direito ao conhecimento das origens genéticas se encontrar consagrado no número 3 do artigo 26º da Constituição da República Portuguesa. Por outro lado, o certo é que o direito à identidade pessoal extrai-se do número 1 do artigo 26º da Constituição da República Portuguesa.

Cumpram sublinhas que a identidade pessoal confere-nos unidade enquanto seres individuais, diferencia-nos uns dos outros. Somos todos donos de uma identidade genética própria e, conseqüentemente, seres com direito à paternidade e maternidade – isto é, com direito ao conhecimento da nossa historicidade pessoal e verdade biológica.

Conforme foi possível verificar ao longo desta análise, o direito à identidade pessoal da pessoa que nasce com recurso a técnicas de Procriação Medicamente Assistida não é possível de se conformar com o interesse do Dador em permanecer anónimo.

O direito à intimidade da vida privada, que está na origem do Princípio do Anonimato do Dador, é justificável com base no desinteresse deste em conhecer a Criança, fruto dessa procriação artificial, por quanto não irá intervir ou manter qualquer contacto com a Criança e com a família que irá “concebe-la” e criá-la (“família afetiva”).

É certo que o intuito do Dador é apenas de ajudar

terceiros que por impossibilidade biológica não conseguem procriar de forma natural. Do mesmo modo, tendencialmente a família afetiva não é receptiva à ideia de ter este terceiro, que considera “invasor” – ainda que seja Parte no contrato que dá origem à concessão através da PMA –, junto do núcleo familiar que projetou o nascimento da nova criança; tão pouco é receptiva à ideia de ver infertilidade exibida, divulgada publicamente.

Ainda que se possa considerar que esta controvérsia “Princípio da identidade do Dador vs. o Direito à identidade da Criação concebida por via das técnicas de PMA” seja passível de diversas respostas a nível ideológico, cultural e, consequentemente, legislativo, estamos em crer que a verdade biológica e o Direito à Identidade, que mais não é do que um direito fundamental reconhecido neste país que é um Estado de Direito, deverá prevalecer.

Independentemente da filiação, cada um deve poder conhecer de onde provém, direito que para nós é assegurado pelos artigos 25º e 26º, nos seus números 1 e 3 da Constituição da República Portuguesa, mas que agora é posto em causa pelo Princípio do Anonimato do Dador estatuído no artigo 15º da Lei nº 32/2006, de 26 de Julho.

Na esteira de Luís Archer, o qual merece o nosso melhor entendimento, o Princípio do Anonimato do Dador ofende o direito fundamental à Identidade Pessoal da Criança que nasce com recurso às técnicas de PMA, subalternizando-o a um aparente “direito dos inférteis” a terem um filho.

Parece-nos, em tom conclusivo, que, de facto, a Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, na suaredação atual, esquece-se da verdade biológica em prol de uma verdade social e económica conveniente, prejudicando princípios e direitos tão fundamentais ao nosso Estado de Direito como são, não apenas o Princípio do Superior Interesse da criança, como o Direito à Identidade, constitucionalmente consagrados.



IX. REFERÊNCIAS:

- ASCENSÃO, Oliveira, Direito da Saúde e Bioética, Lex Edições Jurídicas, Lisboa, 1991.
- CAMPOS, Diogo Leite de, “A procriação medicamente assistida heteróloga e o sigilo sobre o dador - ou a onipotência do sujeito”, Revista AO, Ano 66 – Vol. III, Dez. 2006.
- COELHO, Carla Góis, A relevância do consentimento para o estabelecimento da filiação: o casoda procriação medicamente assistida, Relatório de Estágio de Mestrado, orient. Carlos Pamplona Corte Real e Jorge Duarte Pinheiro, Faculdade de Direito, Universidade de Lisboa, 2011
- CORTE-REAL, Carlos Pamplona, Pereira, José Silva, Direito da Família, Tópicos para uma reflexão crítica, Lisboa, AAFDL, 2008
- EGÍDIO, Mariana Melo, Inseminação artificial heteróloga, anonimato do dador e direito ao conhecimento das origens genéticas: análise de jurisprudência constitucional, in Estudos em homenagem ao Professor Doutor Carlos Pamplona Corte-Real, Coimbra Editora, 2016
- MENDONÇA, Tiago Miguel, Análise económica e direito da família: um casamento feliz?, orient. Fernando Araújo, Faculdade de Direito, Universidade de Lisboa, 2013
- NASCIMENTO, Marília Aguilar Ribeiro do, O direito ao conhecimento das origens genéticas esuas implicações na inseminação artificial heteróloga: uma análise à luz do ordenamento juridicobrasileiro e português, Relatório de Estágio de Mestrado, orient. Luís Bonifácio Ramos, Faculdade de Direito, Universidade de Lisboa, 2011

- OLIVEIRA, Guilherme de, “O estabelecimento da filiação. Mudança recente e perspectivas”, Temas de Direito da Família, Almeida, 1986
- OTERO, Paulo, “Personalidade e Identidade Pessoal e do Ser Humano - Um Perfil Constitucional da Bioética”, Lisboa, Almedina, 1999
- PINHEIRO, Jorge Duarte, “O Direito da Família Contemporâneo”, 6ª Edição, 1ª Reimpressão, Lisboa, AAFDL, 2019