

Bioética em Reprodução Medicamente Assistida

C. Coelho¹

RESUMO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a infertilidade como uma doença que atinge 15 a 20 % dos casais em idade reprodutiva e declara que todos os cidadãos por ela afectados têm direito a ser devidamente tratados.

O tratamento da infertilidade torna-se cada vez mais importante mas, à medida que a ciência evolui nessa área, vão-se levantando cada vez mais problemas de ordem ética e moral. Reflectir acerca dos princípios bioéticos na reprodução medicamente assistida é saudável - nem sempre se pensa antes de agir, muitas vezes trabalha-se mecanicamente, sem se questionar qualquer assunto. O objectivo deste artigo é estimular a atitude de "parar antes de agir" perante casos semelhantes que se nos deparam no dia a dia, mantendo a mente sã.

Palavras-chave: Bioética; Reprodução; Infertilidade; Moral

Nascer e Crescer 2006; 15(1): 28-32

CONCEITOS

Há vários tipos de tratamentos para a infertilidade, que serão aqui resumidos.

1. Coito programado

Efectuado em ciclo induzido com a administração de injeções subcutâneas de GnRH diárias, em simultâneo com a toma de 1 comprimido de ácido fólico em jejum. O momento da ovulação e o crescimento dos folículos ováricos são

controlados por ecografias, para ajustar as doses do tratamento. Passados aproximadamente 13 dias, a mulher regressa ao hospital para fazer um teste de gravidez, doseamento de Hormona gonadotrofina coriónica fracção β (β HCG) plasmático. Se o resultado é positivo, repete a mesma análise após dois dias e o valor do β HCG deverá, no mínimo, duplicar. A mulher continua em vigilância ecográfica, geralmente semanal, até ser visualizado o embrião com batimentos cardíacos e saber se a gravidez é múltipla ou não. A partir dessa altura, pode passar para a consulta de Obstetrícia. Se o resultado é negativo ou se a mulher menstruou antes da data prevista, o casal pode querer efectuar nova tentativa.

2. IIU – Inseminação Intra-Uterina

Na Inseminação Intra-Uterina (IIU), a indução da ovulação é igual à do Coito programado. Se a ecografia confirmar um máximo de 1, 2 ou 3 folículos maduros é administrado hormona gonadotrofina coriónica (hCG) intramuscular, 36 horas antes da inseminação. No dia da inseminação o esperma é colhido por meio de masturbação e os espermatozoides com melhor qualidade são introduzidos no útero da mulher por meio de um catéter intra-uterino. Após um repouso de 15 minutos a mulher vai para casa, podendo efectuar uma vida normal, sem fazer grandes esforços e o restante tratamento é efectua- do segundo descrito no ponto 1.

3. Fertilização *in vitro*

Hoje em dia a fertilização pode ser mais complexa do que a simples junção no mesmo espaço físico dos ovócitos e dos espermatozoides, pois é possível introduzir um espermatozóide dentro do ovócito, em vez de esperar que o esper-

matozóide penetre no ovócito. A fertilização pressupõe a recolha de ovócitos da mulher, a sua fertilização em laboratório e, dois a cinco dias depois, a transferência para o útero de 1,2 ou 3 embriões, no máximo.

3.1. Fertilização *in vitro* "clássica"

Nesta, o crescimento folicular é conseguido por hiperestimulação controlada dos ovários, que faz crescer vários folículos ováricos em cada ovário por administração subcutânea controlada de hormonas (agonistas ou antagonistas do factor libertador de gonadotrofina recombinante (GnRH), seguido de Hormona foliculo estimulante recombinada (rFSH)) durante 1 ou 2 semanas⁽¹⁾. O crescimento dos folículos é seguido por ecografias e, quando os folículos estão maduros, induz-se a maturação dos ovócitos com a administração intramuscular de hCG, 36 horas antes da colheita dos ovócitos⁽¹⁾. Na altura da colheita dos ovócitos o médico ginecologista punciona os folículos por via transvaginal (sob controlo ecográfico, com a mulher sob anestesia geral, sendo aspirados pela enfermeira)⁽¹⁾ para uma seringada de 10 ml.

No dia da punção folicular o marido ou companheiro da cliente faz colheita de esperma, o qual é preparado de forma semelhante que para a IIU. Seja qual for o processo de fertilização *in vitro*, a evolução é no sentido de se formarem um ou mais embriões. Todo este processo decorre em placas de cultura ou "poços", os quais são observados com frequência para se poder visualizar o respectivo desenvolvimento. Aproximadamente ao fim de 24 horas pode-se visualizar o embrião com duas células e ao fim de 48 horas o embrião com quatro ou mais células, ficando então a mulher em repouso até ter o recobro feito.

¹ Enfermeira Graduada no Hospital de S. João, a exercer funções na Unidade de Medicina da Reprodução do Serviço de Ginecologia.

3.2. Injecção intracitoplasmática de espermatozóide⁽²⁾

Este tipo de tratamento é efectuado quando o número de espermatozoides é muito baixo, quando estes apresentam motilidade diminuída, quando foi efectuada uma biopsia testicular para colheita de esperma, quando existe esperma congelado, ou ainda quando outros factores o justifiquem, por exemplo, o insucesso de tratamentos de Fertilização in vitro (FIV) "clássica" utiliza-se uma técnica diferente, a injecção intracitoplasmática de espermatozóide (ICSI). Esta consiste na injecção de um único espermatozóide dentro do ovócito, utilizando uma agulha muito fina. A indução da ovulação e a colheita de ovócitos são idênticos tanto para a FIV "clássica" como para a ICSI, embora nesta os ovócitos requeiram um tratamento diferente, têm de ser "desnudos", ficando apenas a célula e a zona pelúcida. O ovócito é observado no sentido de avaliar a sua maturidade e só os ovócitos maduros são fecundáveis, pelo que apenas estes são injectados.

4. Diagnóstico genético pré-implantatório

O Diagnóstico genético pré-implantatório (DGPI) consiste na biópsia de 1 ou 2 blastómeros, seguida do isolamento e análise do material genético desses blastómeros, por técnicas de genética molecular. Apenas os embriões sem doença são depois transferidos para a mulher ao 5º dia pós ICSI. Para se fazer DGPI é obrigatório utilizar a técnica de ICSI para se poder ter a certeza de que existe fecundação, sendo o ideal dispor de 16 ovócitos por ciclo, de modo a haver um número suficiente de embriões para biopsar e depois embriões normais para transferir⁽¹⁾. Em alguns centros não se utiliza a técnica de crio-conservação de embriões, pois além de ser uma técnica muito dispendiosa, não apresenta grande sucesso - os embriões crio-descongelados apresentam uma grande taxa de deterioração. No entanto, mesmo que se fizesse, os embriões excedentários procedentes de DGPI não poderiam ser crio-preservados porque não suportam o processo de congelação/descongelação devido à micro-cirurgia⁽¹⁾. Pode-se utilizar o DGPI em várias situações: 1-Doenças

genéticas hereditárias (ex.: paramiloidose, hemofilia); 2-Abortamentos de repetição (ex.: aneuploidias cromossómicas, trissomias 13, 18 e 21); 3-Vários tratamentos anteriores com transferência de embriões de muito boa qualidade e resultantes de insucessos (na maioria destes, após DGPI, verificam-se aneuploidias, tais como trissomias 13, 18 e 21).

5. Transferência de embriões

A transferência de embriões (TE) para a cavidade uterina pode ocorrer ao 2º dia ou ir até ao 5º dia. Compete ao casal decidir o número de embriões a transferir, embora não devam ser transferidos mais do que três embriões. A transferência de embriões é efectuada por introdução de um catéter de transferência de embriões através do canal cervical até à cavidade uterina guiada ecograficamente, pelo qual são transferidos os embriões. Esta intervenção normalmente é rápida e não exige anestesia, com excepção de alguns casos⁽¹⁾. Após descansar 15 minutos a mulher pode regressar a casa e fica em repouso 3 a 4 dias e nos dias seguintes (aproximadamente mais 10) faz uma vida diária reduzida. Este período de espera é muitas vezes a parte emocional mais difícil de todo o tratamento. Depois deste, a mulher continua a colocar, por via vaginal, os comprimidos de progesterona, de 8 em 8 horas, para ajudar a sustentar o revestimento uterino e a tomar 1 comprimido de ácido fólico em jejum. Durante este período não se aconselha a terem relações sexuais. Aproximadamente 13 dias após a transferência de embriões, a mulher regressa ao hospital para efectuar o teste de gravidez, doseamento de β HCG plasmático.

O restante tratamento é efectuado da mesma forma que para o Coito programado. No entanto, se o resultado for negativo ou se a mulher menstruou antes da data prevista, o casal pode querer tentar novamente, mas deverá esperar no mínimo 3 meses, para poder "descansar" os ovários.

PRINCÍPIOS BIOÉTICOS

Na maioria dos hospitais públicos só se fazem tratamentos a casais unidos maritalmente e heterossexuais, não se

utiliza o recurso a dadores, nem de sêmen, nem de ovócitos. Estamos portanto, perante uma fertilização homóloga.

A fertilização homóloga não levanta grandes contra-indicações ou dificuldades de ordem moral, até onde se trate de ajuda terapêutica e integrativa que faça com que o acto conjugal, em si completo em todos os seus componentes (físicos, psíquicos e espirituais), possa ter efeito procriador. No entanto, separar na procriação o componente biológico do afectivo e espiritual equivale a produzir uma divisão não natural na pessoa e no acto sexual, que exprime o dom conjugal, significa separar a vida do amor⁽²⁾.

Sob este ponto de vista, tendo como base a *Instrução "Donum Vitae"*, só seria lícita a técnica do Coito programado. O Magistério da Igreja Católica refere-se a um conceito fixista e biologista da lei natural, acrescentando que, sendo a tecnologia fruto do homem, o facto de se chegar à procriação por meio da tecnologia não seria nada de inumano. Sustenta-se, enfim, que o Criador teria dado ao homem a capacidade de dominar não apenas a natureza exterior, mas também a própria, do mesmo modo como se faz com muitos processos e tecnologias médicas⁽²⁾. Sob o mesmo ponto de vista, pela *Instrução "Donum Vitae"* a masturbação, mediante a qual normalmente se procura obter o esperma, é um outro sinal dessa dissociação; mesmo quando é praticado com vistas à procriação, o gesto continua privado de seu significado unitivo: falta-lhe a relação sexual exigida na ordem moral, a que realiza num contexto de verdadeiro amor o sentido total da doação mútua e da procriação humana⁽²⁾.

Pondo de parte a atitude da Igreja Católica, não se vê grandes inconvenientes na fertilização homóloga. O ponto principal que a técnica deve ter em conta, é o bem do filho, o que implica respeito pela sua vida desde o início, a preocupação pela sua saúde física e psíquica, a existência de um contexto familiar que o acolha e o desenvolva adequadamente⁽³⁾. Levantam-se então, outros tipos de questões bioéticas: 1-O que fazer com os embriões excedentários? 2-Quais as implicações eugénicas associadas ao DGPI? 3-Será lícito iniciar tratamentos

de infertilidade a clientes com problemas psicológicos? 4-Será lícito o bem da mulher versus o bem do futuro filho? 5-Será lícito a criação de falsas expectativas? 6-Têm ou não as clientes direitos iguais em relação a outras?

1. O que fazer com os embriões excedentários?

Para reflectir sobre isto, temos que nos debruçar sobre o estatuto do embrião. Há correntes que defendem que existe embrião a partir das 8 semanas de gravidez, feto a partir das 9 semanas de gravidez⁽³⁾ e pré-embrião a partir do aparecimento da linha primitiva⁽⁴⁾. O que não podemos contestar, é que estamos na presença de um ser vivo da espécie humana.

Dada a imprevisível variabilidade da percentagem de ovócitos que são fertilizados e da percentagem de embriões resultantes que são viáveis e se implantam no útero, as informações médicas que a Comissão Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNEV) conseguiu obter eram unânimes em afirmar que para o êxito da procriação, era impossível não se ser confrontado, por vezes, com um número de embriões superior àqueles 3 que a boa prática clínica permite transferir, no mesmo ciclo, para o útero da mulher. Considerando, assim, os embriões excedentários como inevitáveis, o Projecto 87 limitou-se a prescrever que o número de embriões resultantes da fertilização *in vitro* deve ser estritamente limitado ao que se entenda mais conveniente, segundo o estado actual da ciência, para o êxito da procriação⁽⁴⁾. De acordo com o Decreto nº 415/VII, de 17 de Junho de 1999, que regulava as técnicas de procriação medicamente assistida, artigo 21º “todos os embriões resultantes da fecundação *in vitro* devem ser transferidos para o útero, não sendo permitida a sua destruição”. “A transferência de todos os embriões só não será efectuada se a tal se opuserem razões ponderosas, relacionadas com o risco de sobrevida dos mesmos ou com a impraticabilidade da sua transferência para o organismo materno no ciclo ovárico em que tiverem origem”. “Os embriões que nos termos do número anterior, não tiverem sido transferidos devem ser

congelados, comprometendo-se os beneficiários a utilizá-los em novo processo de transferência embrionária no prazo de três anos”. “Decorrido o prazo de três anos, podem os embriões ser destinados a outro casal cujas indicações médicas de esterilidade o aconselhem, sendo os factos determinantes objecto de registo justificativo”. “O destino dos embriões previsto no número anterior só pode verificar-se mediante o consentimento dos projectados beneficiários, ou do que seja sobrevivente, aplicando-se, com as necessárias adaptações, o disposto do nº 1 do artigo 11º, ou seja “ Os beneficiários devem prestar o seu consentimento livre, esclarecido, de forma expressa e por escrito, num só documento, perante o médico responsável”⁽⁵⁾. Por último, “Na falta de consentimento, ou de acordo entre os projectados beneficiários, a decisão cabe ao tribunal competente em matéria de família da área da sede do estabelecimento onde tiver sido realizada a fecundação”⁽⁵⁾.

Sobre a apreciação deste Decreto nº 415/VII, o Sr. Presidente da Assembleia da República, Ex.mo Sr. Dr. Jorge Sampaio disse “... várias das soluções nele preconizadas parecem-me demasiado controversas e conflituais para permitirem a prossecução adequada, nos termos referidos, dos objectivos de garantia e harmonização de todos os valores, direitos e interesses dignos de protecção....Assim, ... decidi não promulgar como lei o Decreto nº 415/VII da Assembleia da República, solicitando, pelas razões apresentadas, uma nova apreciação do diploma”⁽⁶⁾.

Neste Portugal sem lei, tudo é possível. Os limites da Reprodução Medicamente Assistida (RMA) estão na consciência de cada médico⁽⁶⁾. Em muitos hospitais públicos não se congelam embriões, como já foi referido anteriormente, então o que se faz aos embriões excedentários? NADA! Os embriões com condições de serem transferidos, no máximo de três, são-o para o útero materno, os outros deixam-se em cultura prolongada até pararem de crescer e se deteriorarem. Será legítimo deixar morrer um ser vivo? Não! Mas o que lhes fazer? Congelá-los, mesmo sabendo que eles se deterioram

com mais facilidade depois de descongelados? Não seria isso feito, só para descansar a nossa consciência moral? Após, informação adequada comprometer o casal a utilizá-los posteriormente noutra transferência embrionária? E se o casal não estiver mais junto ao fim dos três anos que se queriam estipular? Doá-los, estaria o casal disposto a isso? Não lhes traria vários conflitos de ordem psicológica e outros? Limitar a fertilização dos ovócitos só a um máximo de cinco? Não seria isso limitar uma maior probabilidade de gravidez? E o aspecto monetário? Não estaríamos a obrigar o casal a efectuar mais ciclos, sem necessidade? Estas e muitas outras questões se colocam e todas ficam sem resposta, pois todas diferem da consciência moral de cada um.

2. Quais as implicações eugénicas associadas ao DGPI?

A técnica de DGPI pressupõe a criação de um maior número de embriões, que nos leva a reflectir em todas as questões colocadas no ponto 2.1.

Uma simples definição de eugenismo poderá ser “qualquer projecto que vise influenciar a transmissão dos caracteres hereditários a fim de melhorar a espécie humana”⁽⁵⁾.

Como o explicado anteriormente, é necessário manipular o embrião para se proceder ao DGPI. Mas está igualmente em causa a sua destruição, no caso de se tratar de um embrião portador de uma doença grave. A aceitação desta teoria do ponto de vista ético, passa pela obtenção de um consenso social no que respeita ao estatuto a atribuir ao embrião humano. Um argumento que tem sido invocado a favor da experimentação embrionária é a ausência de individualização do embrião pré-implantatório. Segundo esta corrente de opinião, até ao aparecimento do sulco primitivo não existe verdadeiramente identidade biológica e, portanto, também não deve existir identidade nos planos ético e jurídico⁽⁴⁾. Deve referir-se, porém, e na sequência da aceitação mais ou menos generalizada da interrupção de gravidez por deficiência genética do embrião ou do feto, que a destruição de um embrião *in vitro*, portador de grave deficiência, é geralmente mais bem tolerada do

que o abortamento. Pode afirmar-se, no entanto, que o bom senso e a prudência têm prevalecido na comunidade científica, dado existir consenso de que a investigação em embriões humanos deve ter como objectivo principal o diagnóstico e a prevenção de doenças graves⁽⁴⁾.

Não tenho muito mais a acrescentar em relação às reflexões anteriores a não ser o seguinte: Se tivéssemos a infelicidade, ou felicidade (dependente do ponto de vista, pois já me deparei com casais que na dificuldade em obter um filho, aceitaram de bom grado um filho deficiente) de ter um filho com uma grave deficiência, iríamos nós rejeitá-lo? Poríamos nós fim à vida dele? Com certeza que não! Acho no entanto, lícito, a vontade de um casal evitar o nascimento de um filho com uma grave deficiência.

3. Será lícito iniciar tratamentos de infertilidade a doentes com problemas psicológicos?

O problema começa pela falta de apoio psicológico por um Psicólogo ou Psiquiatra, nalguns hospitais. O apoio é dado pelos médicos e pelas enfermeiras. Talvez pelas clientes se sentirem mais próximas das enfermeiras, procuram junto delas obter o apoio psicológico necessitado, o qual nunca é negado, mas pode ser descurado, devido à quantidade de trabalho existente na altura. Isto não devia acontecer, se tivéssemos o apoio de profissionais especializados nesta área, tendo em vista o princípio da beneficência em relação à cliente.

Tendo em vista o mesmo princípio, não se deveriam iniciar ciclos de tratamento para a infertilidade, sem ter a aprovação de um Psicólogo ou Psiquiatra. Mas, iniciam-se! Prevalendo a vontade do casal ao bem-estar da mulher, ou seja, o princípio da autonomia prevalece sobre o princípio da beneficência em relação à mulher. Ouvindo-se e fazendo-se juízos de valor sobre esta ou aquela cliente que, supostamente, necessita de apoio.

4. Será lícito o bem da mulher versus o bem do futuro filho?

Muitas vezes nos deparamos com a saúde da mulher debilitada, a maior

parte das vezes por Síndrome de Hyperestimulação Ovárica (SHO). Dependendo da gravidade do SHO, pode ter que se cancelar a transferência de embriões; prevalecendo o princípio da beneficência em relação à mulher. O futuro filho, neste caso é aqui passado para um segundo plano. O que, na nossa consciência moral, não nos trás grandes conflitos de valores e ordem moral.

Nenhum dos casais quis pôr em risco a vida da mulher, ao fazer uma escolha tão conflituosa, no entanto, nós profissionais também não podíamos deixar isso acontecer. No artigo 82º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros⁽⁷⁾, na alínea a) diz "Atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias". Não podemos pôr em risco a vida da mulher, para ir de encontro ao princípio da não-maleficência em relação ao embrião, pois nem sequer sabemos se o embrião se vai desenvolver.

5. A criação de falsas expectativas será lícita?

Não! Então porque assim acontece? Talvez por não quererem desistir facilmente ao primeiro obstáculo, tanto o profissional como o cliente, se deixam levar pelas falsas esperanças. Num casal em que o homem sofre de azoospermia secretora e que, após biopsia testicular, não revela nenhum espermatozóide (apenas espermátides), dificilmente poderá contemplar uma gravidez. No entanto, já se conseguiram os primeiros bebês a nível mundial com espermátides redondos (Paris, 1994), com espermátides em alongamento (Alicante, 1997) e com espermátides alongados (Porto, 1997). Esta descoberta constituiu uma nova revolução tecnológica⁽¹⁾. Como diz o ditado popular "A esperança é a última a morrer", o que não se justifica é que o casal não esteja plenamente informado do seu caso. No artigo 84º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros⁽⁷⁾, alínea b) "Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado".

6. As clientes têm ou não direitos iguais entre si?

Deveriam ter porque a infertilidade é uma doença e, como tal, todos os cidadãos por ela afectados têm o direito de ser devidamente tratados. É aqui que o princípio da justiça começa a falhar. Os casais mais desfavorecidos monetariamente começam aqui a ter problemas. Este tipo de tratamentos mesmo a nível público são muito dispendiosos - cada casal gasta aproximadamente por ciclo 1000 €, o que não está ao alcance de toda a população. A legislação devia começar por aqui, antes de se dedicar a outras questões do foro ético. É inadmissível que os medicamentos para o tratamento da infertilidade sejam tão pouco comparticipados. Sim! Os 1000 € que gastam são praticamente todo em medicamentos.

Quando somos confrontados com estas situações, nós, os profissionais de saúde ligados à Medicina da Reprodução, tentamos conseguir alguma medicação, quer através de laboratórios, quer através de outras clientes que já não precisam deles, quer mesmo, através da Assistente Social. Mas, por muita boa vontade que se tenha, nem sempre somos bem sucedidos. Segundo o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros⁽⁷⁾, no artigo 81º na alínea a) "O enfermeiro deve cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, ética, ideológica ou religiosa".

Aplicando o princípio da justiça, a partir do momento em que independentemente de quem é a cliente, independentemente daquilo que faz profissionalmente, todo e qualquer tratamento que a cliente necessite para promover a sua saúde, lhe serão prestados.

BIOETHICS IN MEDICALLY ASSISTED REPRODUCTION

ABSTRACT

The World Health Organisation (WHO) considers that infertility is a disease that affects 15-20% of couples of reproductive age, and has declared that everyone affected has the right to appropriate treatment. The treatment of infer-

tility is increasingly important but as the science involved in this area develops so will the associated ethical and moral problems increase. To reflect on bioethical principles in Assisted Reproduction Techniques is healthy, not always does one think before acting, many times work is mechanical and does not question any subject. The objective of this article is to stimulate the attitude "stop first, do later" by showing cases similar to those we may meet on a daily basis, while keeping a clear mind.

Key-words: Bioethics; Reproduction; Infertility; Moral

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Alberto Barros, à Prof. Ana Paula França, ao Dr. David Stevenson e sua esposa Dra. Natália Teles, à Dra. Joaquina Silva, à colega e amiga Enf. Maria José Mendes, ao Prof. Dr. Mário de

Sousa, ao meu marido Nicolaas Coelho e a todos, que de um modo ou de outro me apoiaram, pela simpatia, colaboração, disponibilidade e apoio, um grande OBRIGADO!

Nascer e Crescer 2006; 15(1): 28-32

BIBLIOGRAFIA

1. Sousa M – Apontamentos gentilmente cedidos pelo Prof. Dr. Mário Sousa, responsável de Investigação em Genética da Reprodução. Porto:(s.e.), (s.d.), p.1-24.
2. Sgreccia E – *Manual de Bioética*. 2ª Ed. São Paulo, Brasil: Ed. Loyola, 2002, p. 308-434.
3. Elizari FJ – *Questões de Bioética*. Porto: Ed. Perpétuo Socorro, 1996, p 39-71.

4. Archer L (et al) – *Novos Desafios à Bioética*. Porto: Porto Editora, 2001, p 93-127; 142-147.
5. Nunes R; Melo H – *Genética e Reprodução Humana*. Coimbra: Ed. Gráfica de Coimbra, 2000, p 15-77, 260-272.
6. Silva PM – Sem lei tudo é possível. *Notícias Magazine*, (Nov. 2004), p 24-40.
7. ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Código Deontológico do Enfermeiro*. Lisboa: Ed. Ordem dos Enfermeiros, 2003, p. 70-106; 152-159.

CORRESPONDÊNCIA

C. Coelho

R. Álvaro Moutinho das Neves, 63-1ºDto
4475-805 Silva Escura - MAIA
229489910 / 936598541
dangrus@sapo.pt