

PETIÇÃO DEFENDER O FUTURO

**FEDERAÇÃO PORTUGUESA PELA
VIDA**

4 ABRIL 2013



Lisboa, 4 de Abril de 2013

Exmos. Senhores Deputados

Os documentos em anexo são reflexões e/ou pontos concretos oferecidos como contributo dos subscritores da Petição Defender o Futuro à avaliação pedida dos seis diplomas legislativos objecto da mesma.

Estes documentos são oferecidos à 1ª Comissão Parlamentar da Assembleia da República e aos grupos parlamentares bem como aos presidentes das Comissões Parlamentares da Saúde e da Educação, ficando os subscritores da petição Defender o Futuro à disposição dos Senhores Deputados para todos os esclarecimentos que creiam necessários.

Contacto dos primeiros subscritores da Petição Defender o Futuro:

Federação Portuguesa pela Vida

f.p.p.vida@gmail.com

www.federacao-vida.com.pt

Tel.: 910871873

Com os nossos melhores cumprimentos, subscrevemo-nos, de Vossas Excelências, muito atentamente,

Teresa M. Gouveia

Aborto em Portugal

factos e números sobre a realidade nacional
desde a entrada em vigor da Lei 16/2007

Lisboa, 4 de abril de 2013

Gabinete de Estudos da FPV
Coordenação – Francisco Vilhena da Cunha

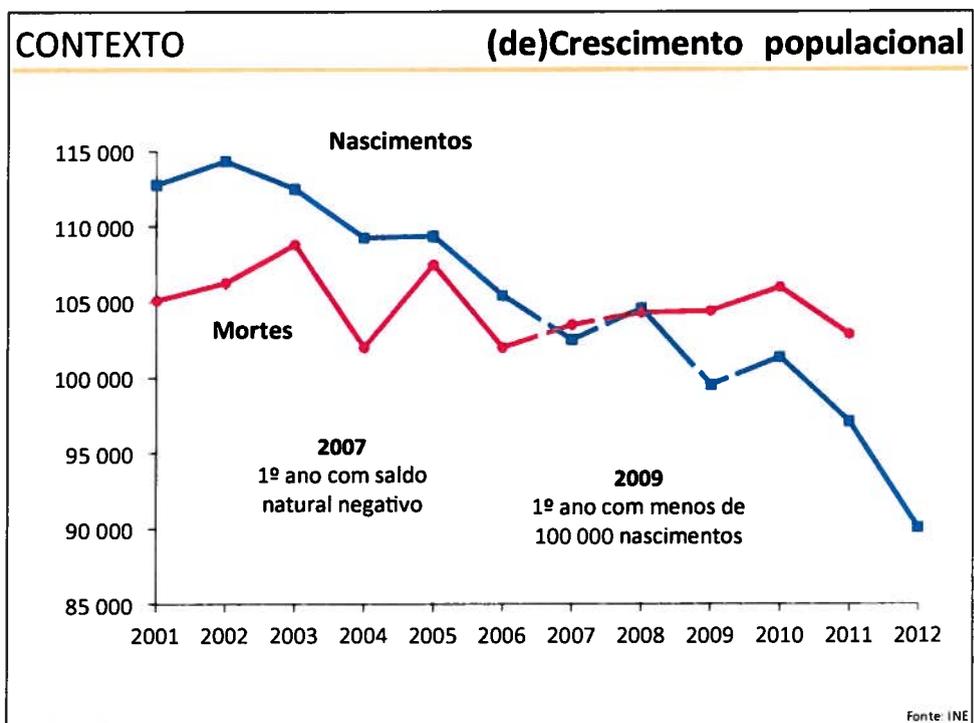
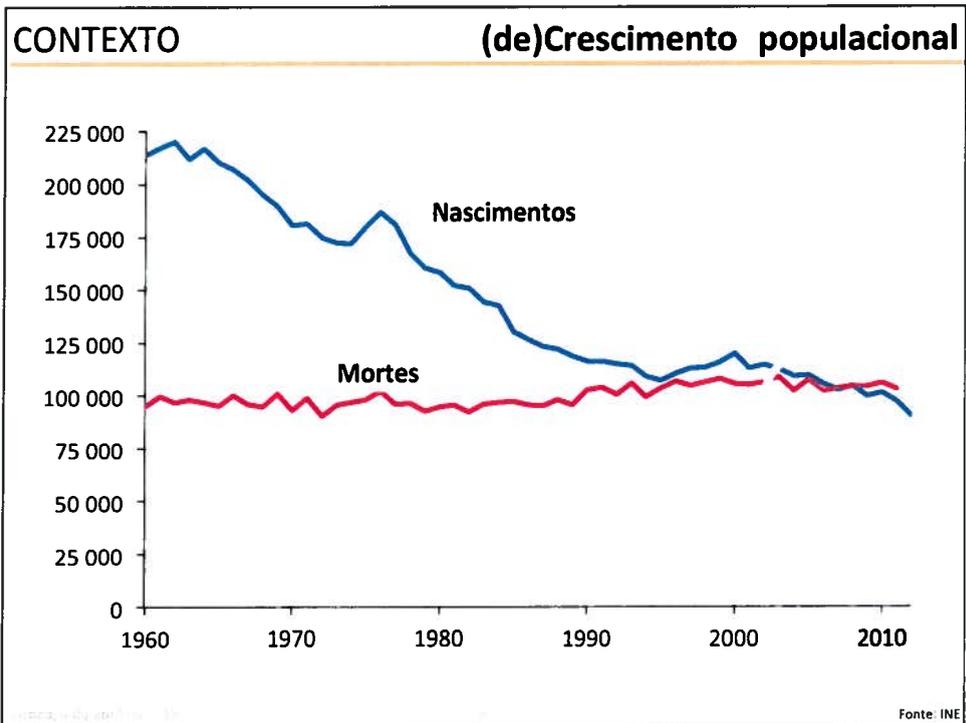


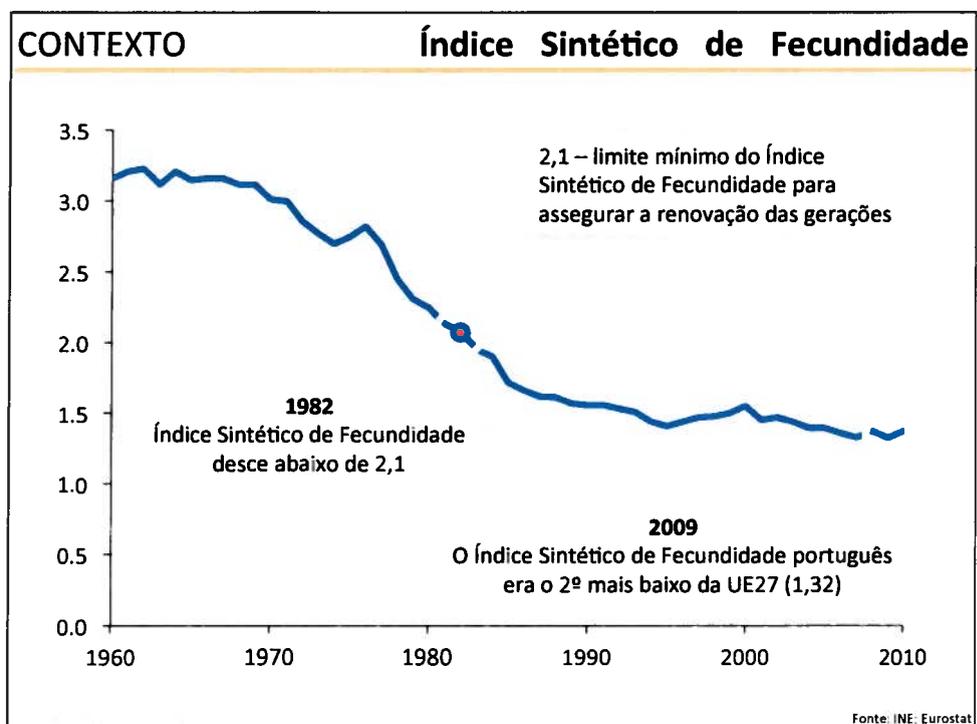
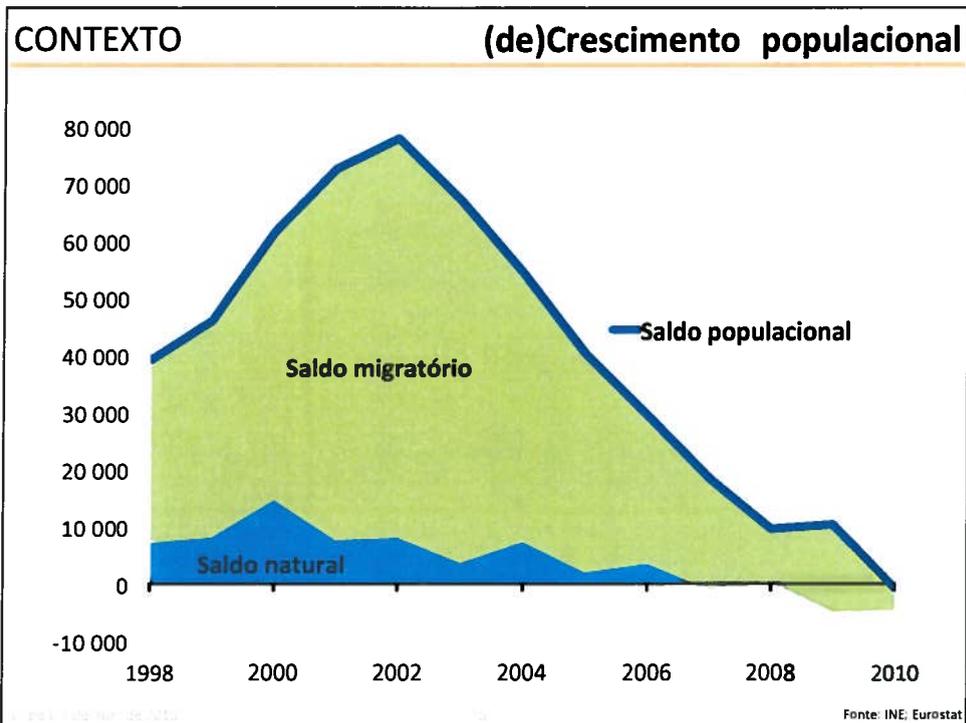
Contexto demográfico

Dos referendos à Lei 16/2007

A realidade do aborto em Portugal

Consequências e impactos

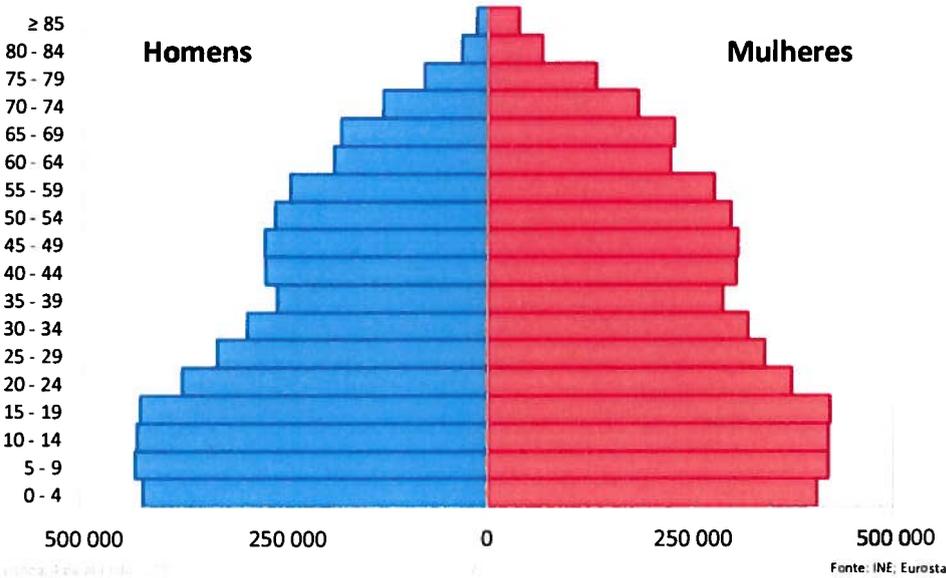




CONTEXTO

da Pirâmide ao "Caixão Etário"

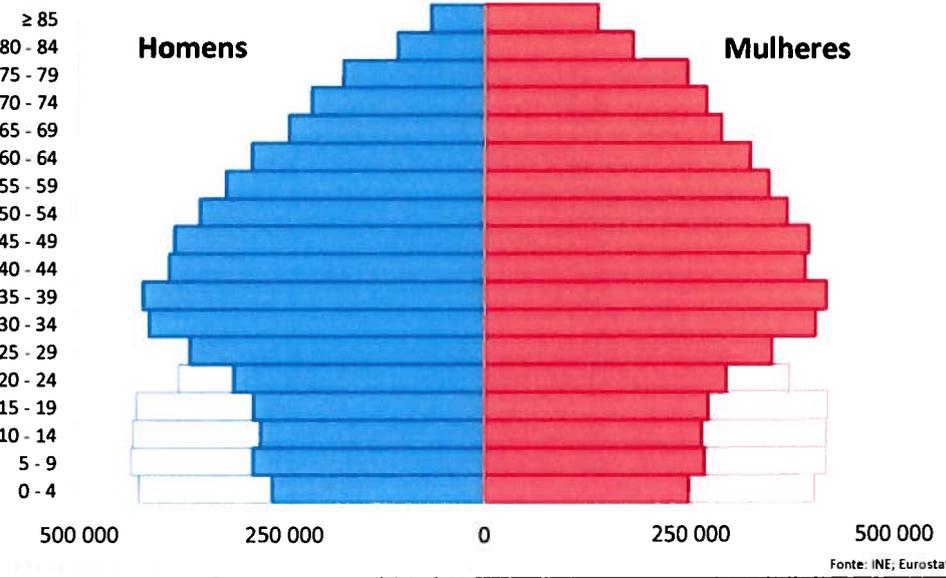
1980



CONTEXTO

da Pirâmide ao "Caixão Etário"

2010



CONTEXTO

1 350 000

**pessoas em falta para
assegurar a renovação das
gerações em Portugal**

ABORTO dos Referendos à Liberalização

Até 1984 - Aborto proibido em qualquer situação

1984 - Aborto permitido em casos de:

- Perigo para a saúde física ou psíquica da mãe
- Malformação ou doença incurável do bebé
- Violação

1998 - 1º referendo sobre o aborto. “Não” ganha (50,9%)

2007 - “Sim” pede aborto Raro, Legal e Seguro

- 2º referendo sobre o aborto. “Sim” ganha (59,3%)
- Aborto permitido “por opção da mulher”

Fonte: CNE, Lei 6/84 de 11 de maio, Lei 16/2007 de 17 de abril

Regulamentação da Lei 16/2007

através das Portarias 741-A/2007 e 781-A/2007 que definem:

- Equipas multidisciplinares para aconselhamento
- Registo obrigatório
- Afastamento dos objectores de consciência do acompanhamento de grávidas no período de reflexão
- Tabela de preços do aborto

Decreto-Lei 105/2008 e Decreto-Lei 91/2009 que definem:

- Subsídio por interrupção da gravidez, no valor de 100% da remuneração de referência da mulher que aborta

Fonte: Portaria 741-A/2007, Portaria 781-A/2007, Decreto-Lei 105/2008, Portaria 132/2009, Decreto-Lei 91/009

Implementação da Lei 16/2007

através de Circulares normativas da ACSS e da DGS:

- Acesso universal a mulheres residentes em Portugal, independentemente da sua situação legal
- Procedimentos a adotar pelos estabelecimentos de saúde
- Recolha e envio de informação sobre o aborto e complicações relacionadas dos serviços à DGS *“a cada seis meses”*

Fonte: Circulares normativas 4/2007, 5/SR/2007, 9/SR/2007, 10/SR/2007, 11/SR/2007, 14/DIR/2007, Norma da DGS 1/2013

ABORTO da Despenalização à Liberalização

Despenalizar: “Abolir as sanções previstas”

vs.

Liberalizar: “Conceder livre acesso”

Depois de 2007, o aborto “por opção da mulher”:

- Tornou-se legal até às 10 semanas
- É financiado na íntegra pelo Estado, tanto no sector público como no privado (inclui deslocações e estadias)
- Manteve-se isento de taxas moderadoras
- Permite licenças de 14 a 30 dias pagas a 100%

Fonte: CNE; Lei 6/84 de 11 de maio; Lei 16/2007 de 17 de abril

ABORTO ... e à Promoção e Banalização

RESULTANDO:

na Banalização do aborto:

Inspecção da IGAS a estabelecimentos públicos e privados

- Faltam equipas multidisciplinares
- Procedimentos legais não estão a ser cumpridos
- Falhas relativas a equipamento obrigatório
- Casos em que é o mesmo médico a comprovar a idade gestacional e a realizar o aborto
- Registos inexistentes, em branco ou incompletos
- Diferenças face aos protocolos preconizados

Fonte: IGAS (relatório de actividades 2010)

ABORTO ... e à Promoção e Banalização

RESULTANDO:

na Banalização do aborto:

Ajuste e reajuste dos números do aborto “por opção da mulher”:

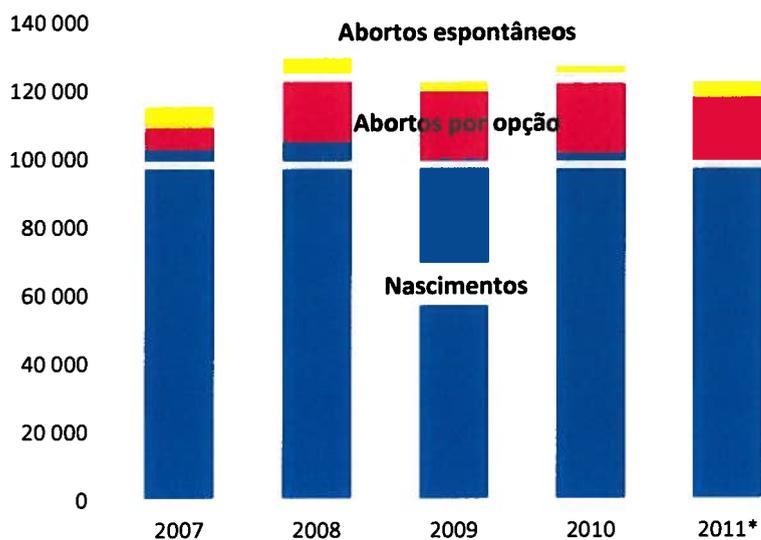
- Os relatórios do número de abortos são revistos várias vezes:
 - “IVG” em 2008: FEV09 – 17518; MAR10 – 18014; NOV2010 – 18017
 - “IVG” em 2009: MAR10 – 18951; NOV10 – 19218; MAR2011 – 19222

Degradação dos registos da DGS

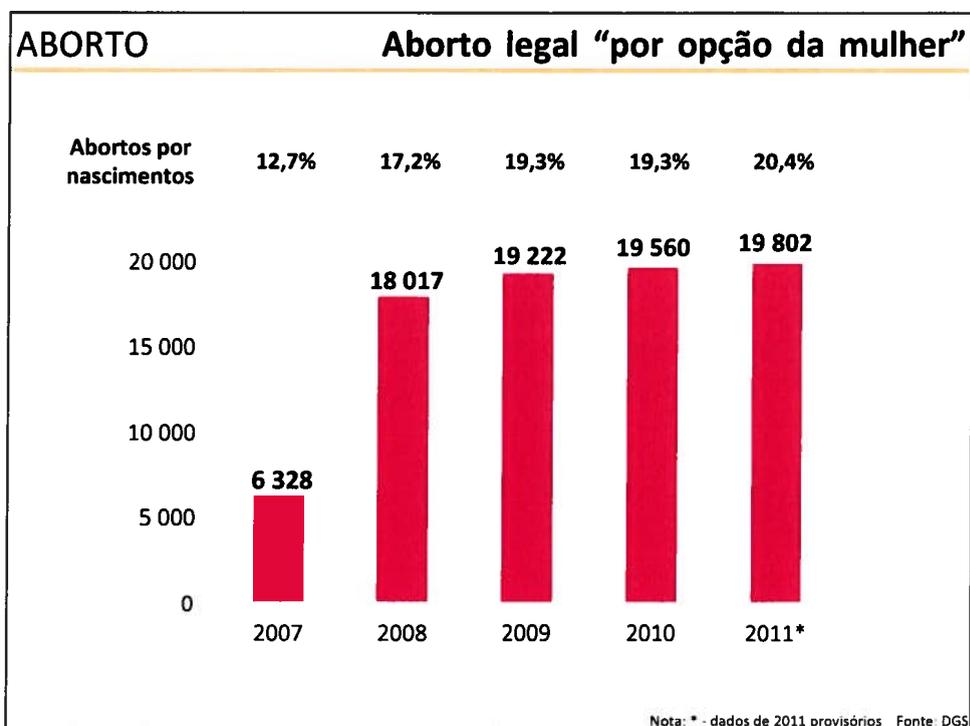
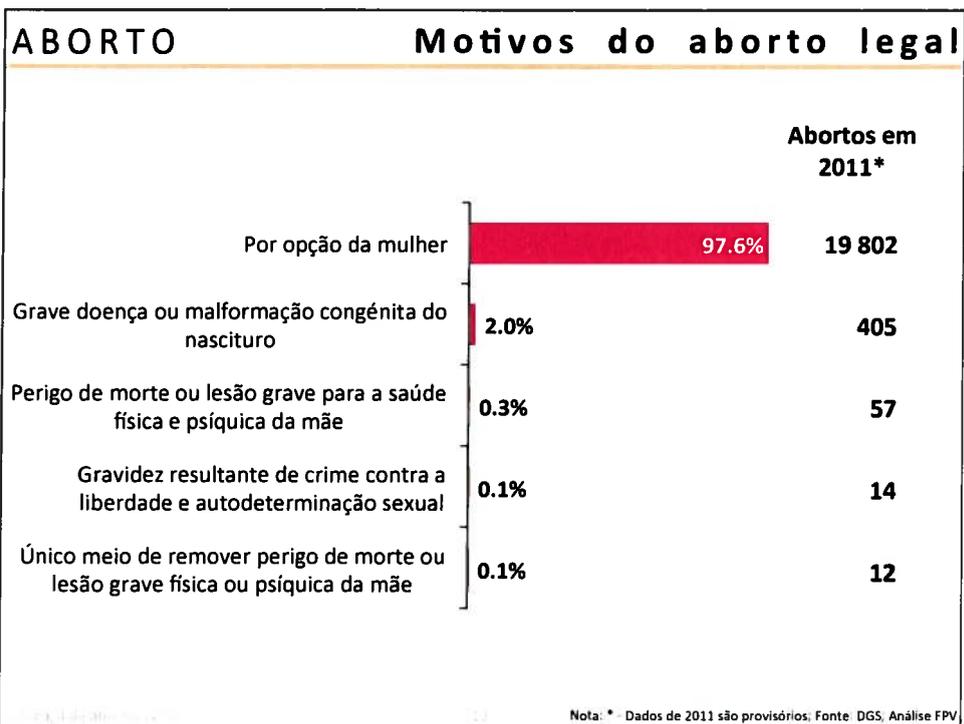
- O número de casos em que a idade da mãe era desconhecida aumento **15 vezes** em 2010 face a 2009
- O número de casos em que o método utilizado para o aborto não foi registado **duplicou** em 2010 face a 2009

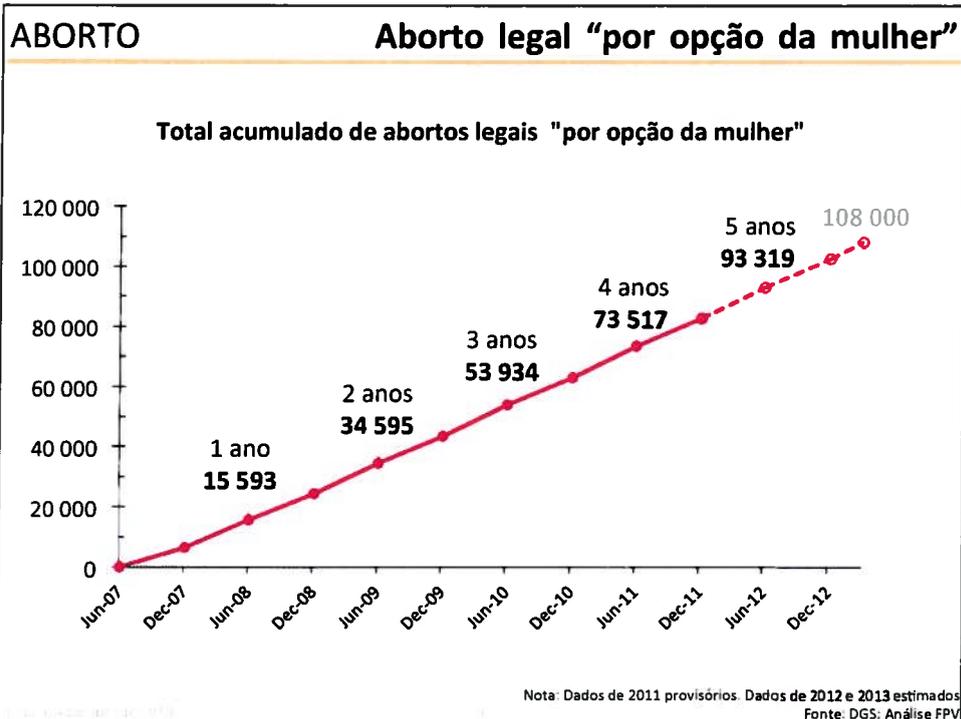
Fonte: DGS

ABORTO Gravidezes de mulheres residentes em Portugal



Fonte: DGS; INE, Análise e estimativa FPV

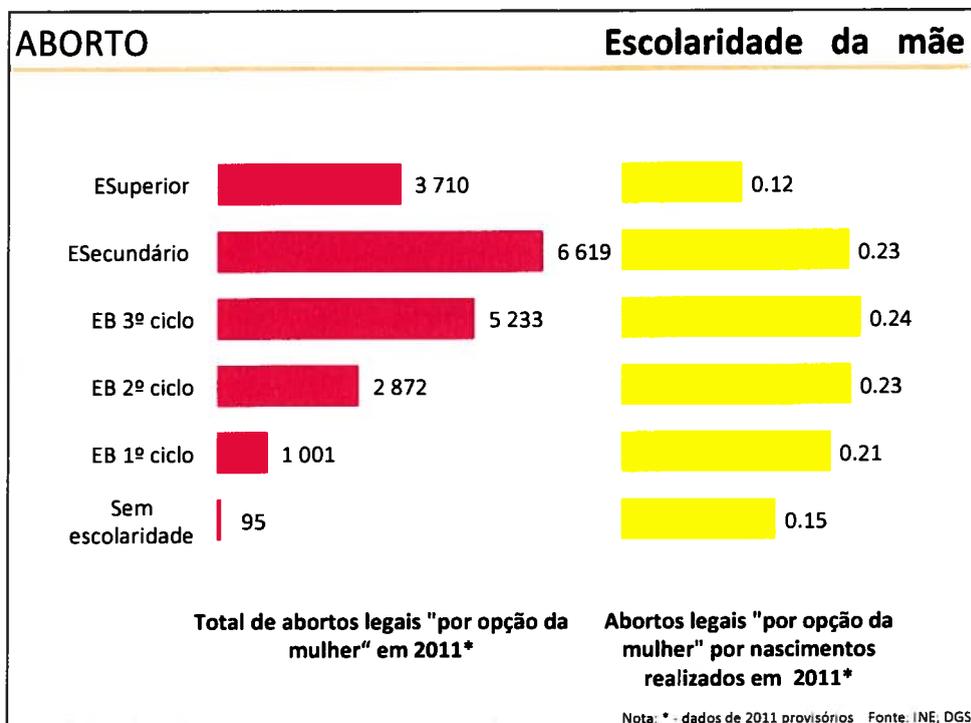
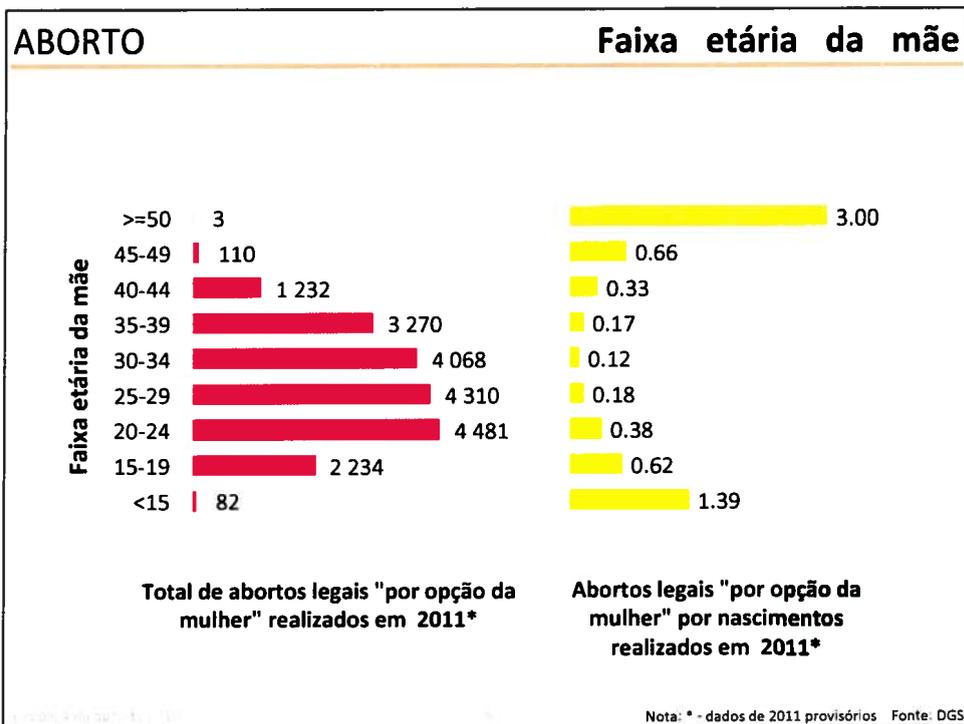




ABORTO

108 000

**Abortos legais
"por opção da mulher"
desde a Lei 16/2007**



As mulheres grávidas que não vivem com o pai do seu filho abortam (por opção) 10x do que aquelas que vivem com o pai do seu filho.

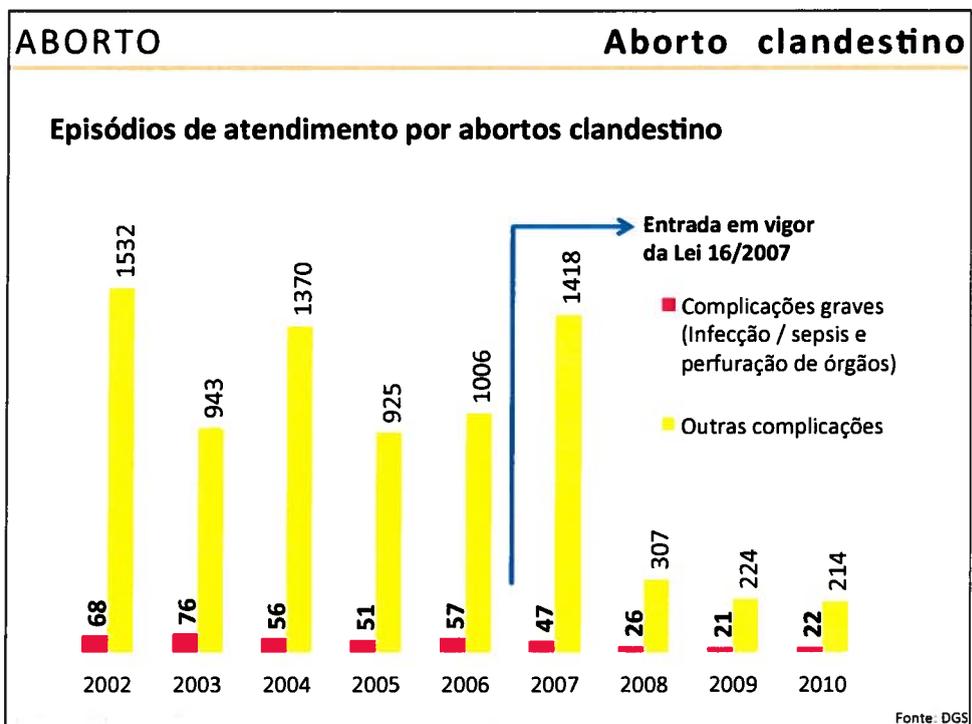
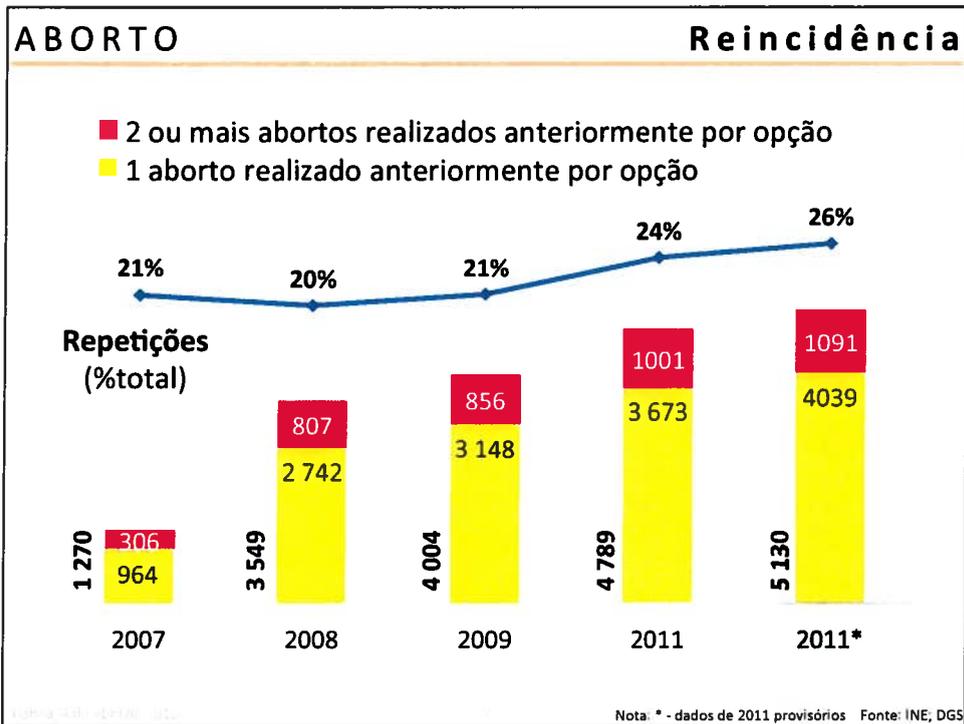
Em 1995, apenas 4% dos nascimentos foram de mães que não viviam com o pai do seu bebé. Em 2011, este valor já está perto dos 11%.

Fonte: DGS, INE

Complicações na sequência de abortos legais induzidos, por todos os motivos

	2008	2009	2010
Complicações graves (Infecção / sepsis e perfuração de órgãos)	9	22	37
Outras complicações	541	752	1 045
Mortes maternas	0	0	1
Total de complicações	550	774	1 083
% do total de abortos legais induzidos	3,0%	3,9%	5,6%

Fonte: DGS



Desde Julho de 2007 – entrada em vigor da Lei 16/2007:

- **Mais de 108 000 abortos legais “por opção da mulher”**
- **Persiste o aborto clandestino**
- **As complicações físicas nos abortos legais aumentam todos os anos**

Custos diretos e indiretos da Lei 16/2007 (desde Julho07)

- **75 milhões de euros** gastos com a realização dos abortos legais “por opção da mulher”
(considerando 700 por aborto, conforme informação do MS)
- Subsídios e outros custos associados ao aborto legal por opção da mulher estimados em **80 milhões de euros**

Agravamento das condições nacionais associadas ao aborto legal por opção da mulher:

- Desemprego dos Docentes e Profissionais do Ensino cresce duas vezes mais do que nas restantes profissões (dados IEFP)
- Perda de contribuições para a Segurança Social a partir de 2030, associadas às 108 000 crianças que foram abortadas por opção da mulher com o apoio do Estado, chegarão aos 280 milhões de euros por ano

Fonte: Segurança Social; IEFP; Análise FPV

**TRANSSEXUALISMO
e MUDANÇA DE SEXO**

Abel Matos Santos

Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental
Hospital de Santa Maria - Lisboa

TRANSSEXUALISMO

Transtornos Sexuais

Identidade de Género

- Perturbações da identidade de género

RESIDUAL NA POPULAÇÃO

1/100.000

TRANSSEXUALISMO

DEFINIÇÃO PROFISSIONAL (DSM-IV e CID 10)

Forma de disforia ou descontentamento em relação ao género sexual

Não é homossexualidade ou transvestismo

Convicção oculta de identidade de género sexual e o papel que adquire em manifestações públicas, são de forma persistente e constante discordantes com a anatomia sexual dos genitais

O papel e a identidade do género sexual pode ser masculino, feminino ou ambíguo

TRANSSEXUALISMO

DEFINIÇÃO PELO PACIENTE

Convicção, que remonta já à infância, de pertencer legitimamente ao sexo oposto

Manobras manipulativas para conseguir resposta favorável às suas convicções, podendo chegar à mentira e ao engano. Em alguns casos pode existir o conluio da família

Transtornos de Identidade de Género

<p>Identificação Sexual Fisiológica</p> <p>Conhecimento genotípico e genitálico de pertencer ao sexo feminino ou masculino</p>	<p>≠</p>	<p>Identificação de Género Psicológica</p> <p>Sentimento subjectivo de ser homem ou mulher</p>
---	----------	---

Angústia intensa e persistente em relação à identificação sexual
TRANSSEXUALISMO

TRANSSEXUALISMO

TRATAMENTO - Objectivo Reabilitativo e não curativo

Necessário compreender as concomitantes psicológicas antes de se iniciar qualquer terapêutica

Ética / Consentimento Informado / Cirurgia

Suicídio

DIAGNÓSTICO
<p>TESTES LABORATORIAIS - Não contribuem muito para o diagnóstico</p> <p>São necessárias para excluir contra-indicações ou riscos cirúrgicos</p> <p>A determinação cromossômica pode revelar a coexistência do transexualismo com o Síndrome de Klinefelter (47-XXY)</p> <p>Investigação dos níveis hormonais pode revelar auto-administração de hormonas sexuais</p> <p>TESTES PSICOLÓGICOS -</p> <p>Não existe teste psicológico ou combinação de testes para o diagnóstico</p> <p>A avaliação psicológica serve para excluir diagnósticos secundários, como depressão, alterações cognitivas, défices intelectuais ou outras psicopatologias</p> <p>Se existirem, a reatribuição de sexo não é posta de lado mas pode ser adiada para que se as possam tratar</p>

DIAGNÓSTICO
<p>ENTREVISTA - Maior fonte de informação</p> <p>Podem ser necessárias várias sessões</p> <p>Conduzida de acordo com um plano prévio para evitar que questões pertinentes sejam esquecidas ou mal investigadas</p> <p>A informação obtida pelo paciente deve ser confrontada e confirmada com a informação recolhida a partir de pelo menos um membro da família</p> <p>Pode ser confirmada com dados da escola, hospitais, serviços sociais ou da polícia</p>

DIAGNÓSTICO
<p>TESTE DA VIDA REAL - Melhor forma para confirmar o diagnóstico</p> <p>Avaliação e acompanhamento de dois anos do efeito reabilitativo da cirurgia de reatribuição de sexo</p> <p>Existem condições necessárias para a realização do TVR que têm de ser satisfeitas antes da cirurgia</p> <p>Implementação de terapêutica hormonal de acordo com o sexo pretendido</p> <p>Inclinação sexual definida</p> <p>Adequação social, financeira e interpessoal perspectivando o sexo de reatribuição.</p>

DIAGNÓSTICO
<p>TESTE DA VIDA REAL - A única exceção cirúrgica, é ao nível das transexuais mulher para homem, que podem necessitar de mastectomia para, em termos de inclinação sexual, agirem como homens</p> <p>Muitas transexuais homem para mulher fazem depilação eléctrica e realizam várias cirurgias plásticas com o intuito da feminização da face, ancas e seios</p> <p>O TVR permite ao transexual sentir a experiência de ser tratada quotidianamente, como um membro do outro sexo</p> <p>Esta vivência é imperativa para complementar a convicção interior e imaginária de ser um membro do outro sexo</p>

APOIOS AO TRANSSEXUAL
<p>Legal e jurídico - Mudança de nome e identidade sexual</p> <p>Conselhos práticos como:</p> <ul style="list-style-type: none"> possuir um atestado médico, indicando o diagnóstico, tratamento e prognóstico Prevenir embaraços desnecessários <p>Exames clínicos - Realização de exames médicos pode expor a reatribuição sexual</p> <p>Emprego - Dificuldade em manter o emprego com o sexo reatribuído</p> <p>Necessidade de arranjar novo/outro emprego</p> <p>Cosmética e aparência - Não é necessário para a maioria</p> <p>Existe minoria que necessita de ajuda na forma de vestir, maquilhagem, expressão corporal e modo de andar, postura e maneiras</p>

APOIOS AO TRANSSEXUAL
<p>Actividade sexual e romance -</p> <ul style="list-style-type: none"> Relações falhadas Implementação de novos relacionamentos Casamentos prévios à mudança de sexo Diversas formas de relacionamento sexual outras <p>Cirurgia -</p> <ul style="list-style-type: none"> Informação sobre técnicas cirúrgicas Vaginoplastia e implante mamário Faloplastia, mastectomia e histerectomia Resultados e expectativas <p>Pós-Cirurgia -</p> <ul style="list-style-type: none"> Aparência e função erótica medicação endócrina psicoterapia e ou aconselhamento família, pais, cónjuge, parceira sexual e filhos, amigos, patrão ou outros

MUDANÇA DE SEXO

Lei n.º 7/2011 de 15 de Março
Depende do Transsexualismo
que é Residual na População humana
Não justifica legislação própria!

MUDANÇA DE SEXO

Lei n.º 7/2011 de 15 de Março
Feita a partir de pressupostos errados!
Reflecte o desconhecimento da realidade clínica
Mudança de nome e de sexo
SÓ DEPOIS DA CIRURGIA DE REATRIBUIÇÃO SEXUAL

MUDANÇA DE SEXO

Lei n.º 7/2011 de 15 de Março
Permite facilmente que travestis, fetichistas,
Doentes mentais e débeis possam
Mudar de sexo e de nome!
LEVANTA PROBLEMAS ÉTICOS, DE DIREITO
E DE SEGURANÇA

MUDANÇA DE SEXO

A forma anterior à lei vigente, com ajustamentos,
permitia resolver estes casos de forma mais
adequada às necessidades destes doentes.
SÓ ENTENDO ESTA LEI COMO MOTIVAÇÃO
POLÍTICA E OU IDEOLÓGICA

Erros da lei de mudança de sexo e sugestões para a melhorar

Lei n.º 7/2011 de 15 de Março

Erro 1 - Artigo 2.º, sobre a "Legitimidade e capacidade"

Com a actual lei podem requerer a mudança de sexo no registo civil todas "as pessoas de nacionalidade portuguesas, maiores de idade que não se mostrem interditas ou inabilitadas por anomalia psíquica", só com o diagnóstico de perturbação de identidade de género.

Logo aqui a lei começa mal e revela desconhecimento das realidades por parte do legislador, isto porque o diagnóstico não é uma condição definitiva. Na avaliação e acompanhamento dos transsexuais e do transsexualismo em geral o diagnóstico pode ser feito na admissão do doente aquando do acompanhamento e ao longo dos anos de acompanhamento que as boas práticas recomendam, verificar-se que afinal a pessoa não tem um transsexualismo mas sim outra condição qualquer diferente desta.

Ou seja, o diagnóstico em Psiquiatria, Psicologia e ou Sexologia Clínica não se faz como numa doença somática vulgar como uma infecção ou um enfarte do miocárdio, onde além da avaliação clínica se recorrem a meios complementares de diagnóstico como análises ou exames de imagem. Aqui existem critérios de diagnóstico que podem ser preenchidos num primeiro momento e ao longo do tempo de acompanhamento vir a verificar-se que afinal deixaram de se cumprir e como tal deixamos de estar perante um caso de transsexualismo.

Portanto, permitir, apenas, que a mudança de nome e sexo no registo civil se faça simplesmente com base no diagnóstico é redutor, perigoso e absolutamente desadequado, ignorando os mais elementares conhecimentos sobre a matéria.

Recomendação 1: Que o pedido só possa ser feito após o período mínimo de dois anos de avaliação e seguimento que as boas práticas internacionais recomendam e após a plena instituição da terapêutica hormonal e a cirurgia final de reatribuição sexual. Só aqui se pode confirmar plenamente o diagnóstico e se tem de facto um fénótipo desejado ao sexo de pertença, seja masculino ou feminino.

Erro 2 - Artigo 3.º, sobre o "Pedido e instrução"

Na alínea b) do artigo 3.º refere-se que o requerente deve entregar um "relatório que comprove o diagnóstico de perturbação de identidade de género,(...) elaborado por equipa multidisciplinar de sexologia clínica em estabelecimento de saúde público ou privado, nacional ou estrangeiro".

Ora, aqui também o legislador parece apresentar desconhecimento da realidade clínica e da forma como os doentes são acompanhados. O termo "*equipa multidisciplinar de sexologia clínica*" não define só por si nada. Indica apenas que estão presentes mais do que um elemento no acompanhamento de um dado paciente. Ora, isto é vago e permite qualquer tipo de interpretações da lei que são contrárias às boas práticas e à segurança do doente e dos profissionais de saúde.

Recomendação 2: aqui o legislador deve explicitar claramente quais os profissionais de saúde que devem compor a equipa, devendo ela ser composta pelo menos por um Psiquiatra, um Psicólogo, um Endocrinologista e um Cirurgião Plástico. Podem ainda envolver-se na equipa multidisciplinar um enfermeiro e um assistente social ou qualquer outro profissional que se julgue útil para a condição do paciente.

Erro 3 - Artigo 3.º, sobre o "Pedido e instrução"

Depois, nesta mesma alínea b), fala ainda que o dito relatório pode ser elaborado em "*estabelecimento de saúde público ou privado, nacional ou estrangeiro*".

São conhecidos de todos os profissionais com experiência na área da forma pouco ética e profissional como em alguns países se abordam os transsexuais e como é fácil obter relatórios como os que são exigidos em Portugal para se obter o diagnóstico de transsexualismo.

Recomendação 3: Por tudo isto deveria ser restrito a elaboração do dito relatório unicamente a estabelecimentos de saúde nacionais.

Erro 4 - Ponto 2 do Artigo 3.º, sobre o "Pedido e instrução"

Neste ponto diz-se que "*o relatório referido na alínea b) do número anterior deve ser subscrito pelo menos por um médico e um psicólogo*". Esta situação não teria implicações de maior se as sugestões aos erros atrás referidos fossem implementadas e aí sim este ponto particular faria sentido.

Da forma como está, um relatório a indicar simplesmente o diagnóstico assinado somente por um Psiquiatra e um Psicólogo é absolutamente redutor e permissivo, abrindo a possibilidade de serem passados relatórios que podem não cumprir o fim a que se destina com segurança.

Qualquer pessoa menos bem intencionada ou mal esclarecida pode referenciar ao seu psiquiatra ou psicólogo os sinais e sintomas que definem o transsexualismo e nessa situação qualquer clínico pode e deve, se solicitado pelo utente, emitir um relatório onde

diga qual o diagnóstico que a pessoa tem, o que objectivamente se remete unicamente à altura em que ele é passado, não podendo fazer fé sobre momentos passados ou futuros.

Como informação, um cirurgião plástico com experiência nas cirurgias de reatribuição sexual e pessoa interessada nos doentes, ciente do perigo que esta lei como está feita apresenta para todos, contactou os profissionais de saúde com experiência na área, que em Portugal são poucos e todos se conhecem, e fez uma lista de nomes de pessoas idóneas para assinarem os referidos relatórios. Conseguiu que os conservadores a aceitassem e que só mudassem o nome e sexo se os relatórios forem assinados por esses profissionais.

Acontece que esta situação não decorre da lei e só é feito assim porque à boa maneira portuguesa, se tenta dar "a volta às situações", neste caso para proteger os doentes e a sociedade em geral. Mas na realidade o que está na lei é que qualquer psicólogo e psiquiatra podem assinar o relatório. (anexo a referida listagem).

<http://www.irm.mj.pt/sections/irm/doutrina/pareceres/civil/2011/p-c-c-29-2011-sjc-ct/?pp=1>

Recomendação 4: Este ponto só faz sentido se todas as correcções anteriormente apresentadas forem implementadas.

Erro 5 - Alínea a) do ponto 4 do Artigo 69.º e ponto 1 do Artigo 123.º

Em relação à filiação esta lei permite que os filhos maiores possam passar a ser filhos de duas mulheres ou de dois homens, algo extraordinário que só a legislação portuguesa conseguiu. É sabido que não se pode ser filho de dois homens ou de duas mulheres e também é sabido que a filiação é algo onde não se mexe, não se entendendo como pode esta lei permitir tal facto.

Recomendação 5: Que seja retirada esta alínea e ponto e que não seja possível alterar a filiação dos eventuais filhos de um transsexual prévios à mudança de nome e sexo no registo civil.

Recomendação principal: A mudança de sexo e de nome no registo civil só faz sentido após a realização de todos os passos avaliativos e terapêuticos, que têm como fim último, e desejado pelos transsexuais, a cirurgia de reatribuição sexual.

A mudança de sexo e o transsexualismo não são um estado de alma ou de espírito, é uma condição clínica estabelecida e bem definida que nada tem a ver com homossexualidade ou orientação sexual.

O transexualismo é residual na população humana e os estudos indicam que existem cerca de 1 transexual para 100.000 pessoas, o que em Portugal dá cerca de 100 casos, no entanto de acordo com a comunicação social já mudaram de sexo no registo civil cerca de 200 pessoas, o que torna Portugal como o país com mais incidência de transsexuais.

Permitir a mudança de nome e sexo no registo civil sem ter realizado a única coisa que define com segurança a mudança de sexo no transexual, a cirurgia de reatribuição sexual, é abrir a porta a pessoas com psicopatologias e outras perturbações ou interesses que mudam de nome e sexo no registo civil e nunca realizam qualquer intervenção cirúrgica e ou hormonal.

Existem, neste momento, graças a esta lei, pessoas nesta situação.

A única forma séria e profissional de permitir um acompanhamento às pessoas que padecem de transexualismo é permitir somente a mudança de sexo e nome no registo civil após a cirurgia de reatribuição sexual.



Mestre Doutor Abel Matos Santos
Assistente de Saúde
Especialista em Psicologia Clínica do HSM
Sexologista e Mestre em Psicologia da Saúde
Doutorando na Faculdade de Medicina de Lisboa

LEI DE IDENTIDADE (LEI 7/2011)

CLINICOS HABILITADOS A ASSINAR RELATORIOS

	Formação	Especialidade	Instituição	Nº Cédula Médico / Psicólogo	E-Mail
Abel Matos Santos	Psicólogo	Sexologia Clínica	H. Santa Maria	2.118	abel@oniduo.pt
Afonso de Albuquerque	Médico	Psiquiatra	Particular	9.122	
Ana Maria Moreira	Médica	Psiquiatra	H. Santo António	26.815	anamoreira03@gmail.com
António Santos Pereira	Médico	Psiquiatra	Particular	14.224	antoniospereira@hotmail.com
Carlos Fernandes	Médico	Endócrinologista	H. Júlio de Matos	35.604	
Catarina Soares	Psicóloga	Sexologia Clínica	H. Júlio de Matos	2.287	cssoares54@hotmail.com
Cristina Maria Costa Coelho	Psicóloga	Sexologia Clínica	H. Magalhães Lemos	12.832	cristina_maria_coelho@hotmail.com
Daniel Sampaio	Médico	Psiquiatra	H. Santa Maria	11.676	d.sampaio@netcabo.pt
Francisco Allen Gomes	Médico	Psiquiatra	Particular	7.090	allenpomes@mail.telepac.pt
Gabriela Molta	Psicóloga	Sexologia Clínica	Particular	21.734	gabriela.molta@mail.telepac.pt
Gracia Santos	Médica	Psiquiatra	HUC - Coimbra		graca.s@gmail.com
Hugo Gandra	Psicólogo	Sexologia Clínica	H. Santo António		
Iris Monteiro	Psicóloga	Sexologia Clínica	ILASC - PELVICLINIC	8.394	monteiro.miris@gmail.com
João Amílcar Teixeira	Psicólogo	Terapeuta Sexual	HUC - Coimbra		jameixeira@hotmail.com
Joãoquim Garcia e Costa	Médico	Endócrinologista	H. Santa Maria	18.977	joaquimgarcia@sapo.pt
José Pacheco	Psicólogo	Sexologia Clínica			jpacheco.psicologo@gmail.com
José Salgado	Médico	Psiquiatra	H. Júlio de Matos	12.516	
Júlio Machado Vaz	Médico	psiquiatra	Particular	14.910	dimvaz@gmail.com
Júlio Silveira Nunes	Médico	Psiquiatra	Particular	9.528	justinus@netcabo.pt
Lígia Fonseca	Psicóloga	Sexologia Clínica	HUC - Coimbra	3103	ligiamfonseca@gmail.com
Manuel Esteves	Médico	Psiquiatra	H. São João - Porto	22.457	
Márcia Mota	Médica	Psiquiatra	H. São João - Porto	39.374	marciamota@netcabo.pt
Marco Gonçalves	Médico	Psiquiatra	H. Júlio de Matos	40.196	marcocijo@gmail.com
Margarida Bastos	Médica	Endócrinologista	HUC - Coimbra	15.975	marcogdbastos@huc.mn-saude.pt
Paulo Abrantes	Médico	Psiquiatra	HUC - Coimbra	26.571	paulobrazabrigues@sapo.pt
Pedro de Freitas	Médico	Sexologia Clínica	ILASC - PELVICLINIC	24.840	pfreitas1957@gmail.com
Rui Xavier Vieira	Médico	Psiquiatra	H. Santa Maria	13.883	rvieira.xavier@ciix.pt
Santinho Martins	Médico	Endócrinologista	Particular	12.492	santinhomartins@gmail.com
Zélia Figueiredo	Médica	Psiquiatra	H. Magalhães Lemos	20.752	zélia_figueiredo@iol.pt

PMA
LEI 32/2006

Propõem-se as seguintes alterações:

Art. 9.º

N.º2 a 5 – Revogar.
*(Instrumentalização da vida humana. Quando hoje não se justifica.
Vide Prémio Nobel da Medicina 2012).*

Art. 10.º

N.º1 – Revogar (heteróloga).
N.º2 – Revogar (anonimato do dado).
(Vide decisão Tribunal Alemão).

Art. 12.º, al. c)

Acrescentar "implicações éticas" (Até para harmonizar com o art. 14.º).

Art. 15.º

N.º1 – Revogar em consonância com o art. 10.º.
N.º2 – As pessoas nascidas em consequência de processo de PMA têm sempre direito a obter identificação do progenitor biológico em caso de dúvida.
N.º3 – Inútil.
N.º4 – Inútil.
N.º5 – Manter.

Art. 16.º

N.º2 – Os dados devem ser conservados de forma a definir em diploma regulamentar, mas sempre por período superior a 100 anos.

Art. 19.º

Revogar.

Art. 20.º

Revogar.

Art. 21.º

Revogar.

Art. 24.º

N.º1 – Na fertilização “*in vitro*” apenas deve haver lugar à criação dos embriões em número que passa ser imediatamente transferido para o útero materno, de acordo com a boa prática clínica e os princípios do consentimento informado.

Art. 25.º

Revogar.

(Deixa de fazer sentido.

É uma complicação.

Agora temos o CNPMA a perguntar o que hão-de fazer aos excedentários).

Art. 27.º

Revogar.

Art. 28.º

Revogar.

(É escolher seres humanos. É um artigo eugénico).

Art. 29.º

Revogar.

(Eugenismo).

EM CONCLUSÃO:

Teríamos assim uma Lei que:

1. Ajuda os casais inférteis;
2. Não cria problemas éticos a quem recorre à PMA;
3. Não teremos custos económicos, éticos e sociais com a criopreservação de embriões para os quais não há solução ética;
4. Acompanhamos a ciência mais avançada;
5. Eliminamos os grandes dramas da humanidade de filhos de 5 progenitores, buscas de verdadeira identidade, consanguinidade, etc. etc., que no futuro irão encher os Tribunais;
6. O SNS poderá responder às verdadeiras questões de infertilidade de casais.
7. Eliminamos uma lei eugénica e teremos uma lei dos Direitos Humanos.

NOVA LEI DO DIVÓRCIO
LEI 61/2008 DE 31 DE OUTUBRO

Propõem-se as seguintes alterações:

Art. 1.774.º

Constitui requisito essencial à propositura de acção de divórcio em qualquer das modalidades, a prova de recurso à mediação familiar para ambos os cônjuges no caso de mutuo acordo, e ou pelo autor no caso do divórcio sem consentimento.

Art. 1.781.º

Al. d) – Qualquer outro facto imputável ao cônjuge não requerente que mostre a ruptura definitiva do casamento.

Art. 1.785.º

O divórcio pode ser requerido por qualquer dos cônjuges com fundamento na al. a) do art. 1781.º e, com fundamento nas al. b), c) e d) pode ser requerido pelo cônjuge a quem não são imputáveis os factos ali referidos.

Art. 1.790.º

Revogar.

Art. 1.791.º

N.º 1 – O cônjuge que deu causa ao divórcio perde todos os benefícios recebidos ou que haja a receber do outro cônjuge ou de terceiro, em vista do casamento ou em consideração do estado de casado, quer a estipulação seja anterior quer posterior à celebração do casamento.

N.º 2 – Igual.

Art. 1.792.º

N.º 1 – Na acção de divórcio pode ser fixado o cônjuge lesado pelo divórcio e o direito que este tem na reparação dos danos causados nos termos da responsabilidade civil. (Está em sintonia com o n.º2).

N.º 2 – (Igual).

Art. 2.016.º

N.º1 – Revogar.

(Restantes números estão correctos).

EM CONCLUSÃO:

- 1.** Precisamos de valorizar a responsabilidade no casamento;
- 2.** Precisamos de ajudar os casais a suprir as dificuldades da vida em comum;
- 3.** Teremos uma lei mais justa para com aqueles que estão mais debilitados (mulheres);
- 4.** O divórcio é o rasgar de um projecto de vida que deve merecer apoio, respeito e ponderação por parte de quem o julgar (lei e os tribunais);
- 5.** Contribuímos para uma maior estabilidade no casamento e também assim, para o crescimento da Natalidade.

MEMORANDO PARA ALTERAÇÃO DA REGULAMENTAÇÃO DA LEI DO ABORTO

Os subscritores pese embora as posições públicas que tomaram nos dois referendos (de rejeição do aborto a pedido) e, atendendo, no entanto, ao presente quadro legal que saiu do Referendo de 2007, consideram que é hoje geralmente reconhecido (nesse sentido existem diversas declarações de personalidades sobretudo da área da medicina que em 2007 tomaram posição a favor do Sim) que a actual regulamentação do aborto tem aspectos injustos que desprotegem a vida humana, as mulheres e a Sociedade.

Assim, entendem que a sua **regulamentação** (Lei 16/2006 de 21 de Junho e Portaria 741 -A/2007 de 21 de Junho) deve ser alterada para que:

1. Se ponha termo ao aborto universalmente **gratuito**, financiado e subsidiado pelo Estado. Este não pode chamar a si a obrigação de oferecer gratuitamente a prática de todo e qualquer aborto (eliminar o art. 3º n.º1 da Lei 16/2007). O Estado deve assegurar a verificação dos requisitos à sua prática, designadamente através da introdução de taxas moderadoras, agravada no aborto recorrente.
2. No processo de aconselhamento e acompanhamento de uma grávida que solicita aborto até às 10 semanas, possa participar qualquer médico, mesmo que **objector de consciência** (art. 6 n.º2 da Lei 16/2007 de 17 de Abril).
3. Seja a **consulta prévia de aconselhamento**, efectiva, obrigatória e requisito indispensável ao acesso ao aborto. A qual deve ser pluridisciplinar, onde possa ser apoiada a grávida e facultadas alternativas (art.6º n.º1 da Portaria 741-A).
4. Para efectivo consentimento informado seja a **ecografia** assinada pela grávida (art. 142º n.º 7-Código Penal na Lei 16/2007)

5. Eliminar o **aborto** por **opção do médico** (sem consentimento da mulher ou seu representante) (art. 142º n.º 6-Código Penal na Lei 16/2007)

6. Sejam disponibilizadas no sítio da Internet da DGS a par das informações sobre "IVG", alternativas fornecidas por instituições reconhecidas que **apoiem grávidas** e crianças em risco (art. 22º da Portaria 741-A).

7. Eliminar o **aborto** em clínicas privadas custeadas pelo SNS.

É nosso dever pugnar pelo direito à saúde das mulheres, pelo consentimento informado, pelo bom uso dos dinheiros públicos, pela vida daqueles que por falta de meios não chegam a nascer e ainda pela **Natalidade** que está a definhar em Portugal.