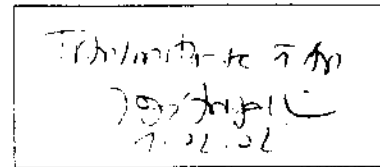




*Presidência do Conselho de Ministros  
Gabinete de Secção de Estado  
dos Assuntos Parlamentares*

Requerimento: 385 / VIII / 3ª  
De: Dep. Odete Santos  
Entrada : 2001 / 12 / 03  
Resposta : 2002 / 02 / 01



**ASSUNTO: Requerimento n.º 385 / VIII / 3ª  
da Senhora Deputada Odete Santos (PCP)**

Em resposta ao requerimento em epígrafe, encarrega-me Sua Excelência o Ministro da Saúde de informar V. Ex.ª de que, em cumprimento do artigo 2º da lei n.º 90/97, de 30 de Julho, que alterou os prazos de exclusão de ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez (IVG), foi publicada a Portaria n.º 189/98, de 21 de Março.

Este diploma estabelece as medidas a adoptar nos estabelecimentos oficiais de saúde com vista à efectivação da IVG nos casos e circunstâncias previstas no artigo 142º do Código Penal.

O artigo 3º da referida Portaria, estabelece igualmente a composição e o âmbito de competências das Comissões Técnicas de Certificação da IVG, as quais devem existir em cada Hospital, com Serviço de Obstetrícia.

Além disso, foi realizado um levantamento sobre o cumprimento do n.º 1 do art. 3º referente à constituição e composição das Comissões Técnicas de Certificação, tendo sido recebidas as listas nominais de todas as Comissões Técnicas, verificando-se que os seus membros efectivos, são, na totalidade, médicos das especialidades referidas no diploma.

A legislação existente sobre IVG é suficientemente clara e objectiva que dispensa qualquer esclarecimento adicional aos serviços, pelo que não foram emitidas outras orientações. No entanto, no âmbito da DGS e de acordo com as suas funções técnico-normativas e tendo em vista diagnosticar precocemente as situações susceptíveis de enquadramento legal da IVG, a DGS emitiu os seguintes documentos:

- Circular normativa n.º 2/DSMIA de 98/03/18 - Prestação de Cuidados Pré-Concepcionais
- Orientações Técnicas (n.º 11) sobre doenças infecciosas e gravidez, onde é feita referência ao enquadramento legal de certas situações clínicas, como rubéola, por exemplo.
- Circular Normativa n.º 16/DSMIA de 01/12/05 - Modelos de Consentimento livre e esclarecido para a realização de IVG ou das técnicas invasivas de DPN.

Por outro lado, a implementação do Programa de Diagnóstico Pré-Natal (DPN) - estreitamente relacionado com as situações previstas na alínea c) do n.º 1 do art. 142º do Código Penal - tem sido uma prioridade. O relatório de avaliação destas actividades mostra um assinalável desenvolvimento das mesmas tendo o número de amniocenteses aumentado de 2526 em 1993, para 8266 em 1999; também o número de IVG passou de 227 em 1993 para 574 em 2000. Não foram assinalados serviços "objectores de consciência".

Considerando que a legislação (Desp. 5411/97, de 6 de Agosto ) prevê que os estabelecimentos que efectuam técnicas de DPN sejam obrigados a efectuar as IVG nos casos de anomalias fetais, aqueles dados indiciam um melhor cumprimento da legislação.



*Presidência do Conselho de Ministros  
Gabinete de Secretária de Estado  
dos Assuntos Parlamentares*

**Anexos:**

Circular normativa nº 2/DSMIA de 98/03/18 - Prestação de Cuidados Pré-Concepcionais Orientações Técnicas (nº 11) sobre doenças infecciosas e gravidez, onde é feita referência ao enquadramento legal de certas situações clínicas, como rubéola, por exemplo.

Circular Normativa nº 16/DSMIA de 01/12/05 - Modelos de Consentimento livre e esclarecido para a realização de VIS ou das técnicas invasivas de DPN Portaria nº 189/98, de 21 de Março.

## MINISTÉRIO DA SAÚDE

Portaria n.º 189/98

de 21 de Março

O artigo 2.º da Lei n.º 90/97, de 30 de Julho, prevê que o Governo adopte as medidas que se revelem necessárias para uma boa execução da legislação relativa à **interrupção voluntária da gravidez**.

Pelo despacho da Ministra da Saúde n.º 5411/97 (2.ª série), de 8 de Julho, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 180, de 6 de Agosto de 1997, foram definidos os princípios e orientações que estruturam o sector de diagnóstico pré-natal. Em Dezembro de 1997 foi apresentada a Estratégia da Saúde 1998-2002, constituindo um documento orientador da política de saúde, onde se refere a necessidade de as mulheres poderem realizar o diagnóstico pré-natal em consonância e complementaridade com a legislação em vigor.

As medidas agora a adoptar são, por um lado, de natureza organizativa, no sentido de se estabelecerem os procedimentos necessários à garantia da realização da interrupção voluntária da gravidez nas condições em que a lei permite, e, por outro lado, as que assegurem a compatibilização entre o exercício do direito de objecção de consciência dos médicos e demais profissionais de saúde e o direito reconhecido à mulher de solicitar a interrupção da gravidez quando se verifique alguma circunstância que exclua a sua ilicitude.

Assim:

Ao abrigo do disposto no artigo 2.º da Lei n.º 90/97, de 30 de Julho:

Manda o Governo, pela Ministra da Saúde, o seguinte:

1.º

### Objecto e âmbito de aplicação

O presente diploma estabelece as medidas a adoptar nos estabelecimentos oficiais de saúde que possuam serviços de obstetrícia com vista à efectivação da interrupção da gravidez nos casos e circunstâncias previstos no artigo 142.º do Código Penal.

### Artigo 2.º

#### Procedimentos

1 — O processo tendente à realização da interrupção da gravidez inicia-se no estabelecimento oficial de saúde com a verificação de qualquer das circunstâncias enumeradas nas alíneas *a)* a *d)* do n.º 1 do artigo 142.º do Código Penal.

2 — Os atestados, relatórios e pareceres médicos legalmente exigidos deverão ser obtidos antes do prazo legalmente previsto para a interrupção da gravidez e em tempo útil à sua eventual realização dentro dos referidos prazos.

3 — Compete ao médico que atestar a circunstância ou circunstâncias que envolvam a faculdade legal de interrupção da gravidez prestar os esclarecimentos pertinentes à mulher grávida ou ao seu representante legal.

4 — Após obtenção do consentimento esclarecido, escrito, da mulher grávida ou do seu representante legal, nos termos do n.º 3 do artigo 142.º do Código Penal, e do atestado médico, deve o estabelecimento oficial de saúde providenciar pela realização da intervenção adequada nos termos e prazos legais.

5 — Exceptuam-se do disposto no parágrafo anterior as situações previstas no n.º 5 do artigo 142.º do Código Penal.

### Artigo 3.º

#### Comissões técnicas de certificação

1 — A certificação da conformidade com as circunstâncias previstas na alínea *c)* do n.º 1 do artigo 142.º do Código Penal compete a comissões técnicas, que deverão ser, para o efeito, desde já criadas uma em cada um dos estabelecimentos referidos no n.º 1.º da presente portaria.

2 — Cada comissão é composta por três ou cinco médicos como membros efectivos e dois suplentes, a nomear pelo órgão máximo do estabelecimento oficial de saúde pelo período de um ano, renovável.

3 — Na composição das comissões deve prever-se a presença obrigatória de um obstetra/ginecologista, de um neonatologista e, sempre que possível, de um geneticista, sendo os restantes elementos necessariamente possuidores de conhecimentos categorizados para a avaliação das circunstâncias que tornam não punível a interrupção da gravidez.

4 — As comissões podem, sempre que necessário, solicitar o parecer de outros técnicos ou peritos.

### Artigo 4.º

#### Funcionamento das comissões

1 — Ao funcionamento das comissões aplica-se o disposto no Código do Procedimento Administrativo quanto aos órgãos colegiais.

2 — As comissões reúnem mediante convocação dos presidentes, sempre que necessário, obrigatória e imediatamente, após a recepção da declaração de consentimento e do atestado médico referidos no n.º 4 do n.º 2.º

3 — Sempre que entender necessário, deve a comissão prestar os necessários esclarecimentos à mulher grávida ou ao seu representante legal.

### Artigo 5.º

#### Objectores de consciência

Os estabelecimentos em que a existência de objectores de consciência impossibilite a realização da interrupção da gravidez nos termos e prazos legais devem, desde já, providenciar pela garantia da sua realização, adoptando as adequadas formas de cooperação com outros estabelecimentos de saúde ou com profissionais de saúde legalmente habilitados, garantindo os cuidados de saúde resultantes.

### Artigo 6.º

#### Cumprimento de prazos

Em quaisquer circunstâncias de emergência, importa resolver qualquer situação dentro dos prazos previstos na lei para a interrupção da gravidez.

Ministério da Saúde.

Assmada em 26 de Fevereiro de 1998.

A Ministra da Saúde, *Maria de Lurdes Rodrigues*  
*Coelho Henriques de Pina*

**CIRCULAR NORMATIVA**Assunto: **PRESTAÇÃO DE CUIDADOS PRÉ-CONCEPCIONAIS**

Nº: 2/DSMIA

Data: 18/03/98

Para: **Todos os médicos e enfermeiros**De: **Director-Geral da Saúde**Contacto na D.G.S.: *Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes - Beatriz Calado***I. NORMA**

Tem sido preocupação desta Direcção Geral a melhoria constante da qualidade dos cuidados prestados à grávida e ao recém-nascido. As medidas introduzidas nos últimos anos muito contribuíram para a redução, que é patente, dos valores da mortalidade materna e perinatal. Hoje, a quase totalidade dos partos ocorre em meio hospitalar e mais de 95% das gravidezes têm vigilância médica. Reconhece-se, no entanto, que continuam a ocorrer gravidezes não planeadas resultando, muitas vezes, em início tardio da vigilância pré-natal e em comportamentos de risco nas primeiras semanas da gestação, com graves consequências para o feto. Importa agora, prossequindo o mesmo objectivo e no âmbito do Despacho 5411/97 (DR nº 180, 2ª série de 6-8-1997), desenvolver actividades de promoção da saúde dirigidas para o **período antes da concepção**, destinadas, particularmente, às **mulheres em idade fértil e como parte integrante dos cuidados primários em saúde reprodutiva**. Nesse sentido, a DGS estabelece que:

- I. sejam desenvolvidos esforços no sentido de se alertar os cidadãos, em particular os mais jovens e as mulheres em idade reprodutiva, sobre as vantagens do aconselhamento pré-concepcional;
- II. a equipa de saúde médico/enfermeiro incremente medidas tendentes a tornar os cuidados pré-concepcionais uma realidade para todas as mulheres que desejam engravidar;
- III. sejam considerados componentes básicos dos cuidados pré-concepcionais, os seguintes procedimentos:



- \* **Determinar**
  - *de forma sistemática o risco concepacional, em particular o risco genético, através da história reprodutiva, médica e familiar*
  - *os possíveis efeitos da gravidez sobre as condições médicas existentes, quer do ponto de vista materno, quer fetal*

*e introduzir as modificações convenientes, orientando de acordo com os riscos identificados, com recurso aos cuidados diferenciados, sempre que necessário.*
- \* **Efectuar:**
  - *o rastreio das hemoglobinopatias, de acordo com a circular normativa nº5/DSMIA/96*
  - *o rastreio da toxoplasmose, da sífilis e da infecção por HIV*
  - *a determinação da imunidade à rubéola e a vacinação, sempre que necessário*
  - *a determinação do estado de portador de hepatite B e a vacinação, nas situações de risco, de acordo com a circular normativa nº12/DSDT/95*
  - *a vacinação anti-tetânica de acordo com o PNV*
  - *o rastreio do cancro do colo do útero, se o anterior foi efectuado há mais de um ano*
  - *outros testes laboratoriais, sempre que indicado.*
- \* **Discutir**
  - *o espaçamento, recomendado, entre os nascimentos, incluindo as questões relativas ao uso dos contraceptivos e à sua interrupção*
  - *os aspectos psicológicos, familiares, sociais e financeiros relacionados com a preparação da gravidez*
  - *o estado nutricional, hábitos alimentares e estilos de vida*
  - *a importância da vigilância pré-natal precoce e continuada.*
- \* **Recomendar**
  - *o registo do calendário das menstruações*
  - *a suplementação com ácido fólico.*
- \* **Programar**
  - *o acompanhamento das situações de risco.*

## 2. AVALIAÇÃO

- *A avaliação a curto prazo da aplicação desta norma deverá ser efectuada pela ARS no 2º semestre de 1999, segundo metodologia a estabelecer pela DGS.*
- *A avaliação mais detalhada e a médio prazo será efectuada através dos resultados obtidos com a aplicação periódica do Estudo das Necessidades não Satisfeitas em Saúde Materna e Planeamento Familiar.*



### 3. JUSTIFICAÇÃO E ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

**Promover a saúde no período pré-concepcional** é uma forma de contribuir para o sucesso da gravidez, uma vez que muitos dos factores que condicionam negativamente o futuro de uma gestação podem ser detectados, modificados ou eliminados, antes que a mulher engravide e, portanto, recorra à vigilância pré-natal. A avaliação pré-concepcional do risco é, assim, um aspecto cada vez mais importante dos cuidados pré-natais, apesar de - ou exactamente por isso - estarmos na era da terapêutica fetal e das técnicas diagnósticas invasivas.

O período de **maior sensibilidade ambiental para o feto** situa-se entre **os 17 e 56 dias após a fecundação**, período em que começa a organogénese, portanto, antes mesmo que muitas mulheres reconheçam que estão grávidas ou tenham a oportunidade de iniciar os cuidados pré-natais. Por outro lado, a tendência para famílias pequenas como norma, leva a que os casais sejam cada vez mais exigentes em termos da qualidade dos nascimentos, pelo que todas as mulheres em idade fértil devem dispor de informação suficiente, em particular, sobre a importância das primeiras semanas de gravidez, de modo a que possam fazer escolhas informadas acerca do seu futuro reprodutivo.

Os **cuidados pré-concepcionais** devem ser entendidos como integrados na prestação de cuidados em saúde reprodutiva; embora tenham como **alvo preferencial as mulheres que desejam engravidar**, devem abranger todas as mulheres em idade fértil, o que implica interrogá-las acerca da utilização de métodos contraceptivos e dos seus planos no que diz respeito a uma futura gravidez; identificar riscos, iniciar a intervenção apropriada, e, ainda, acentuar a importância das gravidezes planeadas, valorizar as primeiras semanas da gestação e a necessidade de cuidados especiais, mesmo antes da concepção.

O aconselhamento pré-concepcional deve ser entendido como um processo durante o qual o médico deve obter toda a informação possível para estabelecer **o risco de anomalia reprodutiva**, numa determinada mulher ou casal, e propor medidas tendentes a **minimizar ou eliminar esse risco**. Tem em conta não só os factores **genéticos** mas, também, o impacto de diversos factores ambientais com repercussão fetal como, por exemplo, a idade da mulher, hábitos, doenças crónicas maternas, várias infecções, fármacos e poluentes. Permite, também, dar informações sobre os objectivos da vigilância pré-natal, o seu conteúdo e a sua frequência, de modo a que o casal possa estabelecer expectativas realistas a respeito da gravidez.

Os **médicos de Medicina Geral e Familiar** estão na posição ideal para implementar estas actividades como parte natural do seu papel de médicos de família. Na prática da medicina familiar há inúmeras oportunidades para a informação/educação sobre a gravidez, o parto e a parentalidade: consultas de rotina de cuidados de saúde, cuidados em saúde escolar e saúde infantil



(consulta dos 15 e 18 anos do Programa Tipo), exames pré-matrimoniais, pedido de testes de gravidez (especialmente quando o resultado é negativo) e, em particular, as consultas de Planeamento Familiar. Conhecendo as famílias das mulheres que planeiam uma gravidez e usando os parâmetros de avaliação habituais em medicina familiar, poderão melhor avaliá-las em relação a alguns aspectos importantes para a tomada (ou não) da decisão de engravidar, como a sua saúde mental, a situação sócio-familiar, não esquecendo os aspectos particulares da violência familiar. A história específica de cada mulher/casal determinará quando os cuidados pré-concepcionais devem ser iniciados e se uma nova consulta, para uma abordagem mais sistemática, deve ser agendada.

Um grande número de situações demonstra bem os benefícios da consulta pré-concepcional, por exemplo, **nas mulheres com doença crónica**, como diabetes, hipertensão, cardiopatias, doenças renais e da tiróide, epilepsia, tuberculose, asma, artrite reumatóide e outras doenças do colagénio que podem afectar a gravidez, através de mecanismos fisiopatológicos ou como resultado da medicação utilizada no seu tratamento. A mulher deve ser informada dos potenciais riscos da gravidez sobre a doença crónica em causa, dos eventuais efeitos negativos desta, sobre o feto, (nomeadamente, a possibilidade acrescida de aborto espontâneo ou malformações) e das medidas que podem ser implementadas para obviar estes riscos.

Outra vantagem evidente da avaliação pré-concepcional é a possibilidade de identificação de indivíduos e famílias em **risco genético** e a oportunidade de referenciação, antes da gravidez, para aconselhamento especializado de casais com história familiar de anomalias genéticas, síndrome de Down, síndromas polimalformativos, defeitos do tubo neural, distrofia muscular, fibrose quística e atraso mental, entre outras. O **reconhecimento pré-concepcional do estatuto de portador** de doença genética permite, ao casal, fora do contexto emocional da gravidez, entender os riscos para a sua descendência e tomar decisões informadas acerca de uma futura gestação, possibilitando, ao médico, se necessário, planejar atempadamente os testes (como a biópsia das vilosidades e a amniocentese) ou a referência.

É, também, uma ocasião para dar especial atenção à exposição e/ou **imunidade** relativamente **às doenças infecciosas**, ao risco de contrair uma DTS e as suas consequências sobre o feto, assim como avaliar e reduzir o risco de **ingestão de medicamentos**, prescritos ou não prescritos (antiepilépticos, Lítio e outros antidepressivos, por exemplo) e dar informação sobre opções seguras, caso necessário. Deve ser discutido o risco de **exposição a agentes teratogénicos no trabalho** e em casa, nomeadamente, solventes orgânicos, pesticidas, metais pesados como o mercúrio e o chumbo, e monómeros de vinil utilizados no fabrico de plásticos, para além de certos tipos de trabalhos pesados ou com longa permanência em pé, que têm sido associados a parto pré-termo ou a baixo peso ao nascer.



A prestação de cuidados pré-concepcionais é, para os profissionais que prestam cuidados às mulheres, um excelente momento para alargar os **cuidados preventivos** primários, como por exemplo, a avaliação do estado nutricional e a adequação do peso. Tanto a obesidade como o baixo peso podem ter reflexos negativos sobre a mãe e/ou feto, numa futura gravidez. A verificação dos hábitos alimentares, a avaliação da dieta e recomendações de alterações que possam beneficiar o desenvolvimento do feto são componentes importantes do aconselhamento, onde, evidentemente, se inclui a educação acerca do risco que envolve o consumo de substâncias nocivas como o tabaco, o álcool e outras drogas.

O aconselhamento pré-concepcional proporciona, ainda, uma excelente oportunidade para discutir assuntos relacionados com os **direitos sexuais e reprodutivos** e dar algumas informações sobre a fisiologia da reprodução, como por exemplo, o ciclo menstrual, a ovulação, o período fértil e o tempo que poderá ser necessário para engravidar.

O **planeamento do nascimento** do primeiro filho e a preparação para o seu acolhimento é uma etapa fundamental e, também, um período de transição de particular instabilidade para o casal, correspondendo a mudanças profundas na organização da sua vida. Por este facto, médico e enfermeiro devem prestar cuidados de saúde antecipatórios, através do acompanhamento pré-concepcional, que esclareçam o casal e o levem a **preparar-se para as funções parentais** que o nascimento do primeiro filho lhes vai exigir, contribuindo, assim, para que a introdução de um terceiro elemento não perturbe uma relação satisfatória e permita a consolidação da vida familiar.

Realizado como uma **actividade conjunta**, coordenada e complementar, da **equipa médico/enfermeiro**, o esforço para transmitir informação pode incrementar a saúde da mulher e da família e o aconselhamento e rastreio pré-concepcional poderá ser benéfico para o feto sob diferentes aspectos.

Por outro lado, o desenvolvimento de **uma boa relação** entre utente e equipa de saúde, **antes da gravidez**, **encoraja a confiança e a comunicação**, elementos fundamentais para a identificação das diferentes necessidades das futuras mães. Uma boa relação médico/utente, pode melhorar o sucesso da vigilância pré-natal, contribuindo para que a mulher recorra mais precocemente aos cuidados de saúde e adira às recomendações.

O Director-Geral

Constantino Sakellarides, Prof. Doutor





Assunto: **Consentimento livre e esclarecido em Diagnóstico Pré-Natal**

Nº 16/DSMIA

Data: 05/12/01

Para: **A todos os estabelecimentos de saúde**

Contacto na DGS: **Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes**

---

Compete à Direcção Geral da Saúde, nos termos do Decreto-Lei nº 122/97, de 20 de Maio, propor e difundir orientações relativas ao *Consentimento livre e esclarecido*, por parte dos utentes, para actos médicos de diagnóstico ou terapêutica, que lhe são propostos.

A obtenção do *consentimento escrito* é obrigatória para a interrupção da gravidez de acordo com o nº3 do Artigo 142º do Código Penal e é recomendada para a prática de técnicas invasivas de diagnóstico pré-natal, de acordo com a alínea c), do nº3, do Despacho 5411/97 de 6 de Agosto.

Nesse contexto, considerando a sensibilidade e as particularidades destas situações, a DGS decidiu uniformizar os modelos de impresso a utilizar para a explicitação do *Consentimento livre e esclarecido*, tendo em vista assegurar a aplicação correcta do direito à informação, que o referido consentimento pressupõe.

Os modelos em questão, anexos a esta Circular e dela fazendo parte integrante, foram aprovados pela Comissão Nacional de Diagnóstico Pré-Natal e passam a ser obrigatórios.

Tendo em vista assegurar que haja um período de tempo adequado entre a informação e esclarecimento da grávida e a sua tomada de decisão, recomenda-se que:

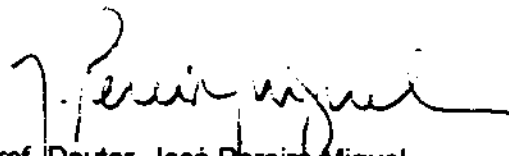
- O impresso referente ao consentimento para as técnicas invasivas seja entregue à grávida no momento do aconselhamento médico e recolhido no dia da execução da respectiva técnica.
- O impresso referente ao consentimento para a interrupção da gravidez seja entregue aquando da informação/discussão médico-grávida/casal, dos resultados dos exames de diagnóstico pré-natal, face à possibilidade legal de interrupção da gravidez e recolhido, posteriormente, no dia da execução da mesma.

Quando houver recusa de qualquer um daqueles procedimentos técnicos por parte da grávida, tal deverá constar do processo clínico, podendo ser solicitado àquela o reconhecimento formal da opção tomada através de assinatura. A recusa deverá, também, ser comunicada, por escrito, ao médico assistente da grávida.

Recorda-se, ainda, que a eficácia do consentimento pressupõe a formação de "uma vontade livre e esclarecida" de quem consente. Neste sentido e pelo facto de ser um imperativo de ordem ética, incumbe ao médico a prestação de um esclarecimento adequado e proporcionado, tendo em atenção a personalidade e o grau de diferenciação intelectual e cultural da grávida/casal. Deve assim, ser feita uma descrição dos procedimentos propostos, as suas consequências, os seus riscos, efeitos secundários e benefícios, assim como as alternativas possíveis, quando existirem. Deve ser, também, dada informação quanto à possibilidade da grávida reconsiderar o consentimento prestado que pode ser revogado até à execução do acto (nº2 do artº 38 do Código Penal).

A adequação dos referidos impressos será avaliada dentro de um ano.

O Director-Geral da Saúde



Prof. Doutor, José Pereira Miguel

**CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A REALIZAÇÃO DE  
TÉCNICAS INVASIVAS EM GRÁVIDAS**

HOSPITAL \_\_\_\_\_

Eu \_\_\_\_\_  
com o Processo clínico n.º \_\_\_\_\_, declaro que estou esclarecida sobre a natureza,  
potencialidades, limitações e riscos para mim e para o feto, dos procedimentos que me são  
propostos. Declaro que aceito de livre vontade e que autorizo um médico da equipa do Centro de  
Diagnóstico Pré-Natal a realizar o seguinte procedimento:

- Amniocentese .....
- Biópsia das vilosidades coriônicas .....
- Cordocentese .....
- Punção .....
- Drenagem .....
- Amnioinfusão .....
- Outro especificado .....

NOME \_\_\_\_\_  
*(Letra de imprensa)*

ASSINATURA \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

NOME (representante legal)  
\_\_\_\_\_  
*(Menores ou incapazes)*

ASSINATURA \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

*vide verso*

## CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ

HOSPITAL \_\_\_\_\_

Eu \_\_\_\_\_  
com o Processo clínico n.º \_\_\_\_\_ venho declarar por escrito, de acordo com o n.º 3 do Art.º 142 do Código Penal, que fui devidamente informada sobre a possibilidade de realizar uma interrupção de gravidez e fui esclarecida sobre a natureza e possíveis riscos e consequências da mesma. Declaro, ainda, de livre vontade, que pretendo e autorizo que um médico do Serviço de Obstetria deste Hospital, interrompa a minha gravidez. Como me foi previamente explicado, esta interrupção:

### *Assinale por favor, a situação em que se encontra<sup>1</sup>*

1. Constitui o único meio de remover perigo de morte ou de grave e irreversível lesão para o meu corpo ou para a minha saúde física ou psíquica.
2. Está indicada para evitar o perigo de morte ou de grave e duradoura lesão para o meu corpo ou para a minha saúde física ou psíquica e vai ser realizada nas primeiras 12 semanas de gravidez.
3. Está indicada, porque há motivos seguros para prever que o meu feto (nascituro) virá a sofrer, de forma incurável, de doença grave ou malformação congénita, e vai ser realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez. 
  - 3.1. Está indicada, porque o feto é inviável, logo a interrupção pode ser realizada a todo o tempo.
4. Está indicada, porque a gravidez resultou de crime contra a minha liberdade e autodeterminação sexual e a interrupção vai ser realizada nas primeiras 16 semanas.

NOME \_\_\_\_\_  
(Letra de imprensa)

ASSINATURA \_\_\_\_\_

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

NOME (representante legal)

\_\_\_\_\_  
(Menores ou incapazes)

ASSINATURA \_\_\_\_\_

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

<sup>1</sup> Como sabe a interrupção voluntária da gravidez não é punível, isto é, não está sujeita a procedimento penal, quando se verificar alguma das circunstâncias previstas no artigo 142º do D.L. n.º 48/95, de 15 de Março (alterado pela Lei n.º 90/97, de 30 de Julho). O seu caso específico encontra-se abrangido por estas circunstâncias, **basta assinalar o caso concreto**. Se tiver dúvidas consulte o seu médico/a.

*vide verso*

# **Saúde Reprodutiva**

## **Doenças Infecciosas e Gravidez**



# 11

**ORIENTAÇÕES TÉCNICAS**  
Direcção-Geral da Saúde