



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Petição n.º 157/XI/2.ª

*(Deputado Relator: Conceição Bessa Ruão)*

### COMISSÃO DE SAÚDE

#### RELATÓRIO

##### I- Nota Prévía –

##### Da apresentação, requisitos e processo da iniciativa

A presente Petição, à qual foi atribuída o n.º157/XI/2.ª, deu entrada na Assembleia da República em 9 de Fevereiro de 2011, tendo baixado à Comissão de Saúde em 7 de Julho de 2011, por não ter sido objecto de Relatório Final na passada Legislatura.

Petição n.º157/XI/2.ª, foi apresentada pela Federação Portuguesa pela Vida, sendo subscrita por 5.601 cidadãos.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Reúne os requisitos formais estatuidos no artigo 9.º da Lei n.º 43/90, de 10 de Agosto, com as alterações introduzidas pelas Leis n.ºs. 6/93, de 1 de Março, 15/2003, de 4 de Junho, e 45/2007, de 24 de Agosto.

*Considerando que, nos termos do n.º 1 do artigo 21.º da Lei n.º 43/90, de 10 de Agosto, com as alterações introduzidas pelas Leis n.ºs. 6/93, de 1 de Março, 15/2003, de 4 de Junho, e 45/2007, de 24 de Agosto,*

*“A audição dos peticionantes é obrigatória sempre que a petição seja subscrita por mais de 1000 cidadãos”,*

*Foi promovida a audição do seguinte grupo de peticionários: Dr.º Isilda Pegado, Dr. António Maria Pinheiro Torres, Dr.º Dina Matos Ferreira, Eng.º Francisco Vilhena da Cunha e Dr.º Teresa Margarido Correia.*

Atento o número de peticionários, a Petição n.º 157/XI/2.º carece, de acordo com o disposto na alínea a) do n.º 1 do artigo 24.º da Lei n.º 43/90, de 10 de Agosto, com as alterações introduzidas pelas Leis n.ºs. 6/93, de 1 de Março, 15/2003, de 4 de Junho, e 45/2007, de 24 de Agosto, de ser apreciada em Plenário da Assembleia da República.

### ***II – Do Objecto da Iniciativa***

Os Peticionários solicitam à Assembleia da República que<sup>1</sup>:

A - Faça a avaliação da realidade do aborto, que legisle no sentido da protecção da maternidade e da vida humana desde a concepção, designadamente a revisão da regulamentação do aborto.

<sup>1</sup> Petição e documentos técnicos elaborado pelo Gabinete de Estudos da F.P.V. de estudo anexo – Anexo I, que faz parte integrante deste relatório e que aqui se dá por integralmente reproduzido para todos os devidos e legais efeitos.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

B - Igualmente peticionam que seja avaliada a forma do consentimento, no sentido de garantir que ele é verdadeiramente informado, bem como sejam garantidos planos de apoio alternativos ao aborto, às mulheres grávidas.

C- Os peticionários pretendem ainda que todos os profissionais de saúde, independentemente da objecção de consciência, possam intervir no processo de aconselhamento.

D - Pretendem que se apoiem as instituições que no terreno ajudam as mulheres e crianças em risco e que giram com critérios “de bem comum” os escassos recursos do País e se deixe de beneficiar as mulheres que recorrem ao aborto em detrimento de lhes dar melhores condições para o exercício da maternidade.

E - A Federação Portuguesa pela Vida disponibilizou um conjunto de gráficos do seu gabinete de estudos sobre a liberalização do aborto em Portugal, após quatro anos da aprovação da Lei, assentes nos dados estatísticos disponibilizados pelo INE e DGS bem como INSA. Nessa base, dão conta do aumento do aborto “legal por opção da mulher”, o qual teve, segundo os dados que trabalharam um custo de cerca de cem milhões de euros ao Serviço Nacional de Saúde.

F - No mesmo estudo, e com vista a alertar o Estado em defesa das famílias, da economia e do país, tiram também conclusões no sentido de a liberalização do aborto ter contribuído designadamente, já em 2011, para o desemprego efectivo de educadoras de infância, bem como invocam outras consequências a nível de decrescimento demográfico, apresentando o ano 2007 como o primeiro em que o número de mortes superou o de nascimentos.

### ***III – Análise da Petição***

Enquadramento legislativo e outros, antecedentes e verificação dos requisitos



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

A Lei n.º16/2007, de 17 de Abril alterou o artigo 142.º do Código Penal, aprovado pelo Decreto-Lei n.º48/95, de 15 de Março e alterado pela Lei n.º 90/97, de 30 de Julho, no sentido de introduzir uma causa de exclusão de ilicitude no caso de interrupção da gravidez realizada, por opção da mulher nas primeiras 10 semanas da gravidez, em estabelecimentos de saúde oficial ou oficialmente reconhecidos para o efeito.

Esta alteração ao Código Penal, alargando as causas de exclusão da ilicitude, foi precedida da realização de um referendo sobre a despenalização da interrupção voluntária da gravidez, realizado no dia 11 de Fevereiro de 2007.

Os cidadãos eleitores recenseados no território nacional pronunciaram-se maioritariamente e favoravelmente sobre a despenalização da interrupção voluntária da gravidez, se realizada por opção da mulher nas primeiras dez semanas, em estabelecimentos de saúde legalmente autorizados para o efeito.<sup>2</sup>

No sentido da regulamentação da Lei n.º 16/2007, de 17 de Abril foram produzidos diversos diplomas legais nacionais e regionais, bem como circulares normativas da Direcção-Geral de Saúde e Regional de saúde da Madeira e dos Açores, , que tiveram como objectivo dotar os Serviços respectivos das condições técnicas, profissionais e garantísticas necessárias para levar a cabo a interrupção da gravidez, normas que a seguir se discriminam:

**A Portaria n.º741-A/2007, de 21 de Junho** regulamentou a Lei n.º 16/2007, de 17 de Abril fixando os procedimentos administrativos, condições técnicas e logísticas de realização da interrupção voluntária da gravidez em estabelecimentos de saúde oficial ou oficialmente reconhecidos para o efeito. Igualmente a informação relevante a prestar à grávida para a formação da sua decisão livre, consciente e responsável foi nela plasmada, bem como as condições em que os médicos objectores de consciência devem proceder ao encaminhamento das mulheres grávidas, que solicitem a interrupção voluntária da gravidez.

---

<sup>2</sup> O Sim obteve 59,25% de votos.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Fixou também as condições de aptidão dos estabelecimentos de saúde para a realização da interrupção da gravidez, de qualidade, segurança, higiene e tratamento de águas, resíduos, instalações e equipamentos, bem como definiu as regras sobre o registo e garantia de confidencialidade dos dados pessoais e clínicos das utentes, neste âmbito.

*A Portaria n.º 781-A/2007, de 16 de Julho* definiu os preços da interrupção voluntária da gravidez, quer medicamentosa quer cirúrgica, adequando-os às novas exigências e especificidades da mesma, designadamente incluindo a obrigatoriedade de a mulher ser atendida numa consulta prévia e a possibilidade de lhe ser disponibilizado apoio psicológico e social, bem como altera o Anexo II, da tabela nacional dos grupos de diagnóstico homogéneo e o Anexo III da Tabela de Obstetrícia.

*O D. Lei n.º 91/2009, de 9 de Abril* fixou o novo regime de protecção social, elegendo como prioridade o incentivo à natalidade e a igualdade do género através da atribuição de prestações de natureza pecuniária que visem a substituição dos rendimentos perdidos por força da situação de impedimento para o exercício de actividade profissional.

O seu artigo 10.º prevê que o subsídio por interrupção da gravidez, impeditiva do exercício da actividade laboral, seja medicamente certificada e ocorra durante um período variável entre 14 e 30 dias.

O n.º 1 do artigo 22.º refere que o reconhecimento do direito aos subsídios previstos “ (...) dá lugar ao registo de remunerações por equivalência à entrada de contribuições durante o respectivo período de concessão,” sendo considerado como trabalho efectivamente prestado.

Igualmente, por força do disposto no artigo 83.º, se fixa um regime subsidiário, que determina que,

*“Com a excepção do disposto no artigo 22.º em tudo o que não esteja especialmente previsto no capítulo III são aplicáveis, com as devidas adaptações, as disposições constantes do capítulo II.”*



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Assim, a caracterização dos subsídios sociais previstas neste capítulo estão subordinados à caracterização dos correspondentes subsídios atribuídos no âmbito do sistema previdencial, com as devidas adaptações – artigo 49.º.

Também o n.º 2 do artigo 50.º considera como condições determinantes de protecção e atribuição, entre outras, a interrupção da gravidez.

Por fim refere especificamente que enquanto não for publicada a Portaria prevista no n.º 3 do artigo 84.º, a concessão de subsídios está sujeita à apresentação de requerimento e certificação médica comprovativa do período de impedimento.

**Portaria n.º 66/2010 de 30 de Junho** – Regulamenta a deslocação de doentes do Serviço Regional de Saúde na região Autónoma dos Açores, intra e inter-ilhas, para fora da região ou para o estrangeiro. Igualmente aprova a tabela de comparticipação diária na deslocação dos utentes e seus acompanhantes.

**Portaria da RAA n.º 51/2007** - que fixa as condições em que deverá ocorrer a consulta prévia, a comprovação da gravidez bem como o período de reflexão, nos termos dos artigos 16.º a 18.º da Portaria n.º 741-A/2007, de 21 de Junho.

**Portaria n.º 22/2011, de 4 de Abril** – que garante a disponibilização de contracepção, posterior à interrupção voluntária de gravidez e consulta de planeamento familiar.

Outras normas aplicáveis à interrupção da gravidez por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas, foram fixadas pela Direcção-Geral de Saúde e Autoridade Central dos Serviços de Saúde, entidades com competência para o efeito, sobre as matérias, a saber:

**A Circular Normativa n.º 20/SR – 18.07.2007** – Direcção - Geral de Saúde - Modelo normalizado de consentimento livre e esclarecido para a interrupção voluntária da gravidez, ao abrigo do disposto no artigo 142.º do C. Penal, onde se excluem as situações relacionadas com anomalia grave do feto.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

***A Circular Normativa 14/DIR/ - 12.07.2007*** – Direcção - Geral de Saúde – sobre a determinação do tempo de gravidez, face às dúvidas quanto à determinação do tempo de gravidez, esclarecendo a Direcção - Geral de Saúde que o tempo de gravidez não deverá ultrapassar 9 semanas e 6 dias, com confirmação ecográfica.

***A Circular Normativa n.º11/SR – 21.06.2007*** – Direcção – Geral de Saúde – Relativa à organização dos Serviços para implementação da Lei n.º 16/2007, em que se fixam os princípios que devem orientar a organização da prestação de cuidados com vista a que a interrupção cirúrgica da gravidez, dentro das 10 semanas, ocorra com níveis de qualidade e eficácia e eficiência, garantindo e respeitando a dignidade e os direitos da mulher. Assim, regula o acesso, acolhimento, consulta prévia, procedimentos, informações a transmitir às grávidas, documentos a entregar às mesmas, guia informativo, período de reflexão, marcação da data para o acto, contraceção, encaminhamento e registo obrigatório.

***A Circular Normativa n.º 10/SR de 21.06.2007*** – Emite orientação técnica sobre os procedimentos a adoptar para a interrupção voluntária da gravidez até às 10 semanas de gestão, utilizando métodos cirúrgicos – aspiração por vácuo eléctrico e curetagem.

***A Circular Normativa n.º05/SR de 05/03/08*** – Que cria o modelo para registo de interrupção voluntária da gravidez e aborto espontâneo, para fins estatísticos, com carácter sistemático, por via electrónica de todos os atendimentos efectuados no serviço de urgência, em situações de aborto espontâneo e de complicações de interrupção voluntária da gravidez, dentro e fora do quadro legal, permitindo uma análise prospectiva de âmbito nacional, da sua evolução.

***A Circular Normativa n.º 8/ACSS de 7.11.2007*** – Teve por objectivo o esclarecimento de dúvidas sobre a realização directa ou subcontratada dos serviços inerentes à interrupção voluntária da gravidez. Fixa a responsabilidade financeira do hospital de apoio perinatal ou de apoio perinatal diferenciado, até às 10 semanas, em ambulatório, independentemente de poder ser contratualizada parte ou a totalidade dos serviços com outras entidades.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

*A Circular Normativa n.º 4/ACSS de 25.07.2007* – Regulamenta a facturação entre instituições do SNS de parte ou totalidade dos serviços inerentes à interrupção da gravidez até às 10 semanas de gestação, na falta de protocolo ou contrato de prestação de serviços, sendo regulados, consoante o caso, pelo Anexo III da Portaria n.º 110 – A/2007, de 23 de Janeiro e Portaria n.º 781-A/2007, de 16 de Julho, respectivamente.

Na sequência de toda a legislação sobre a interrupção voluntária da gravidez, para além das situações a que o Serviço Nacional de Saúde já dava resposta, foi necessário criar as equipas multidisciplinares para darem resposta a esta disponibilidade de serviço, designadamente sendo feita formação aos elementos das mesmas, adaptar os estabelecimentos oficiais de saúde a esta realidade bem como daqueles que vieram a ser reconhecidos oficialmente para o efeito.

Ainda,

Por estar em avaliação a realidade específica das condições do aborto em Portugal, prescindiu-se, em sede de Comissão Parlamentar de Saúde ou outra, da avaliação técnico-jurídico comparada, sendo que do ponto de vista de motivos, condições e limites de tempo de gestação legalmente exigíveis, se anexa quadro referencial de alguns países europeus, sob a designação de Anexo II, que deste relatório fará parte integrante, bem como, a este nível, foram tratados apenas alguns dados estatísticos.

Igualmente porque se entende que a avaliação em causa envolve diferentes entidades, com intervenções igualmente diferenciadas, foi feita a opção de ouvir diversas entidades sobre a matéria, cada uma na sua área de intervenção, no âmbito da realidade do aborto, pela Comissão.

#### ***IV – Diligências efectuadas pela Comissão***

O objecto da Petição incide genericamente sobre a avaliação da realidade do aborto em Portugal. Por esse facto foram ouvidas diferentes entidades, com contactos directos ou mesmo indirectos, mas que de qualquer modo pudessem dar um contributo objectivo para a avaliação desta realidade. A saber:





## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

- IV.1 - Ministério da Saúde
- IV.2 - DGS – Direcção – Geral de Saúde
- IV.3 - IGAS - Inspecção-Geral das Actividades em Saúde
- IV.4 - Ordem dos Médicos
- IV.5 - ERS – Entidade Reguladora de Saúde
- IV.6 - Alto Comissariado para a Saúde
- IV.7 - ACT – Autoridade para as Condições de Trabalho
- IV.8 - ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
- IV.9 - APF – Associação para o Planeamento Familiar
- IV.10 - Secretaria Regional dos Assuntos Sociais – Região Autónoma da Madeira
- IV.11 – Secretaria regional dos Assuntos Sociais – Região Autónoma dos Açores
- IV.12 – Parecer da 1.ª Comissão Parlamentar de Direitos, Liberdades e Garantias
- IV.13 - Dados estatísticos recolhidos e tratados pela relatora, com base nos elementos disponibilizados pela Direcção-Geral de Saúde, INE e The Alan Guttmacher Institute, relativos aos anos de 2007, 2008, 2009, 2010 e 2011, sobre a interrupção da gravidez por opção da mulher, estes dois últimos actualizados e inseridos a Abril de 2012, respectivamente.

### ***A – Os peticionários***

Na audição que teve lugar na Comissão de Saúde, no dia 6 de Setembro de 2011, os Peticionários aduziram argumentos em defesa da sua pretensão, que se enunciam:

Agradeceram a audição em nome de todos os que representam, no âmbito da petição que subscreveram. Esta nasce no seio da “Federação Portuguesa pela Vida”, que congrega trinta instituições na defesa da mesma.

A petição é sinal do descontentamento perante a actual lei do aborto, e em particular da sua regulamentação através da Portaria 781-A/2007. Visa avaliar a implementação da mesma.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Considerou esta lei fracturante para a sociedade. A despenalização não implica o fomento nem a subsidiação por parte do Estado que se verificam actualmente.

Hoje a conjuntura política é diferente da do momento em que foi feito o referendo

Entende que a actual lei não acolhe sequer os dois pressupostos fixados pelo Tribunal Constitucional, que no Acórdão em que autoriza a pergunta e o Referendo reconhece que numa eventual despenalização do aborto tem de atender-se ao Art. 26º da Constituição da República Portuguesa – Direito à vida, em conjugação com o direito ao aborto concedido à mulher (vd. Acórdão TC 617/2006)<sup>3</sup>.

No âmbito do artigo 6.º da Portaria 781-A/2007, de 21 de Junho, entendem que deve ser disponibilizado acompanhamento efectivo à mulher. Consideram-no um direito seu, tendo que haver apoio médico, psicológico e social.

Solicitam que sejam verificados os objectivos que se pretendem para a maternidade e em função deles, como se deverá actuar para futuro, no âmbito da mesma.

Referem que defensores do Sim no Referendo de 2007 tais como: Luís Graça, Jorge Branco, Pedro Canas Mendes e Miguel Oliveira e Silva entendem que a interrupção voluntária da gravidez está a ser usada como método contraceptivo, banalizada e constitui um perigo para a saúde da mulher (constituindo um perigo para a saúde pública). Alguns destes especialistas entendem que deveria haver uma penalização a partir da segunda interrupção voluntária da gravidez.

Da análise que fizeram de forma científica dos dados da Direcção - Geral de Saúde concluem:

- a) crescimento do aborto desde a liberalização;
- b) aumento do aborto nas classes mais instruídas e diminuição nas menos instruídas;
- c) aumento do aborto nas situações mais carenciadas.

<sup>3</sup> Anexo a) disponível para consulta na Comissão Parlamentar de Saúde.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Por fim revelam que consideram escandalosa a forma como o Estado está a subsidiar a interrupção voluntária da gravidez ao atribuir subsídio de maternidade à mulher que realiza o aborto.

Entendem que a lei actual não está em consonância com o referendo, na medida em que do mesmo saiu o Sim à “despenalização da interrupção voluntária da gravidez” e não à sua liberalização e subsidiação, que é o que se verifica quando o Estado subsidia esta intervenção na totalidade e a mulher que a realiza tem acesso a uma licença paga a 100%, enquanto a mulher que está doente apenas recebe 65% do vencimento.

Os peticionários entendem que é absolutamente essencial que a mulher possa dispor de ajudas: de psicólogo, de assistente social e instituições de apoio à maternidade. Referem o caso alemão, onde isso acontece, tendo junto legislação traduzida.<sup>4</sup>

No caso de nado morto é prática absoluta em Portugal que não lançam mão do aborto cirúrgico.

Referem que no Hospital de S. Francisco Xavier invocam o protocolo para submeter a mulher a aborto medicamentoso, e só no caso de este não ser eficaz é que lançam mão do cirúrgico.

A questão que colocam é se o Estado deve ter este serviço disponível no Serviço Nacional de Saúde. Entendem que o mesmo não deve ser entendido e subsidiado como acto de saúde.

O objectivo desta petição não é a criminalização da mulher. Não pode é o Estado subsidiar o aborto quando vem prestando cada vez menos atenção e apoio à maternidade. Além do mais, o Estado não entende a maternidade como uma questão estratégica e isso é uma falha muito grave no sistema.

Entendem que na questão da idade gestacional está a ser violada a lei, quer pela falta de 2.º médico para reavaliação da mesma, quer porque nem sempre é observada a recomendação da

---

<sup>4</sup> Anexo b) disponível para consulta na Comissão Parlamentar de Saúde.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Direcção - Geral de Saúde, das 9 semanas e 6 dias como limite, para que fique a margem de segurança e não se caminhe para além das 10 semanas.

Sobre situações de aborto ilegal, refere que até 2007 se passou de cerca de 1.100 casos com complicações resultantes de aborto clandestino, para cerca de 1.500 nesse mesmo ano. Em 2008 alegavam já os apoiantes do movimento a favor do aborto, que este tinha diminuído para metade. A verdade, porém, é que não há registos, a não ser dos factos que chegam ao hospital em consequência de complicações ocorridas no âmbito e por causa dos mesmos.

Sobre o acompanhamento da mulher na consulta prévia, entendem que os médicos e membros da equipa multidisciplinar, também objectores de consciência, deveriam poder acompanhar a mulher na consulta prévia, invocando de novo o caso alemão.

Quanto à protecção e métodos de contracepção sobretudo a nível dos jovens, citam o Prof. Henrique de Barros que diz o seguinte:

*"(...) eles sabem tudo, mas não agem em conformidade".*

Falando de educação sexual, referem que não têm a certeza que essa seja a solução, nos moldes em que tem sido proposta. Citam o caso do Reino Unido em que a educação sexual é disciplina obrigatória, ministrada massivamente e onde o número de maternidade precoce e de aborto em jovens adolescentes tem índices dos mais elevados da Europa.

Referem que existem entidades da sua esfera que se dedicam à educação para os afectos e a sexualidade pelas formas que entendem ajustadas.

Quanto à liberdade dos pais em relação à educação sexual dos filhos, entendem que os pais deverão decidir a quem querem confiá-la, designadamente reservá-la para si. A escola deve oferecê-la; aos pais cabe decidir se os filhos aí a devem receber.

Ainda, o actual quadro legal prevê um determinado número de horas que permite essa formação, com recursos da própria Escola.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Entendem que não faz qualquer sentido a legislação que proíbe os médicos objectores de consciência de estarem nas consultas prévias de acompanhamento das mulheres que se decidem pela interrupção da gravidez. Ao proibir o objector de consciência de acompanhar a sua doente, a lei limita a liberdade do médico e a liberdade de escolha da mulher.

Para a Federação o número de objectores de consciência está a aumentar, apesar de não terem números que o comprovem.

Relativamente ao artigo 22.º, que se refere ao sítio da internet como meio de apoio às mulheres que estão em risco de aborto, não contem qualquer referência às estruturas sociais de apoio à maternidade que existem em todo o país. É por isso uma visão parcial da realidade ao disponibilizar apenas elementos para a prática do aborto.

Também o apoio do Estado às famílias numerosas tem de ser uma realidade efectiva, na medida em que estas contribuem duplamente para a sociedade. Porque contribuem para atenuar os desequilíbrios demográficos; porque estão a permitir que no futuro mais pessoas possam contribuir para sustentabilidade e manutenção dos sistemas de apoio social dos que forem envelhecendo. Refere ainda que o trabalho social feito pelas instituições federadas na Federação Portuguesa pela Vida tem permitido salvar em média 1000 crianças por ano (aproximadamente 5% do nº de abortos praticados por opção da mulher).

Quantos aos dados estatísticos fornecidos pela Direcção-Geral de Saúde apontam diversas fragilidades e real perda de informação, face à que inicialmente começou por ser disponibilizada.

Assim,

Inicialmente, os dados disponibilizados tinham natureza semestral; deixou, a partir de 2008, de ser disponibilizada a informação sobre os concelhos. Ora, estas duas medidas permitiam actuar numa maior relação de proximidade com as mulheres, favorecendo e facilitando o acompanhamento e planeamento familiar. Hoje essa informação não está mais disponível.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Entendem que a interrupção voluntária da gravidez se tornou um acto sem relevância e que toda a informação é tratada como se de um acto trivial e sem consequências se tratasse.

Reafirmam que a falta de preocupações na recolha e no tratamento dos dados do aborto é já sintoma de banalização do acto, em si mesmo.

Ainda sobre dados estatísticos confrontados com o facto de os números de 2010 apontarem para uma diminuição do número de abortos, referem que isso pode nem ser verdade, se acontecer o que vem acontecendo em relação aos anos anteriores, a saber:

- a) Em relação a 2008 a DGS apresentou, em 2009, os dados estatísticos e o n.º de IVG era de 17.518; em Março de 2010 apresenta dados corrigidos e o seu número passou para 18.014, registando na correcção um acréscimo de 496.
- b) Em relação a 2009 apresenta, em 2010, um número inicial de IVG de 18.951; posteriormente em 2011 apresenta dados corrigidos e o número passou para 19.222, com um acréscimo em relação aos valores iniciais de 271;
- c) Em relação a 2010 apresenta, em Março de 2011, os dados iniciais de IVG de 18.911; no entanto embora tendencialmente sejam mais baixos que os de 2009 corrigidos, não se conhece a dimensão em que poderão ser incrementados, depois da sua actualização, como vem acontecendo<sup>5</sup>.
- d) Em Abril de 2012 apresentará os dados corrigidos relativos ao ano de 2010, como é habitual.

Quadro que se apresenta, de acordo com os dados corrigidos e tornados públicos pela DGS.<sup>6</sup>

<sup>5</sup> À data em que foram ouvidos os petiçãoários, não eram conhecidos os dados que vieram a ser transmitidos pela Direcção - Geral de Saúde em 11.10.2011 e que constam nos mapas de estatística sob a designação de "dados corrigidos" de 2010. Ver Anexo III.

<sup>6</sup> Todas as inserções de dados estatísticos foram efectuadas pela relatora, tendo em vista um melhor esclarecimento e maior objectividade das circunstâncias que rodeiam a presente avaliação.

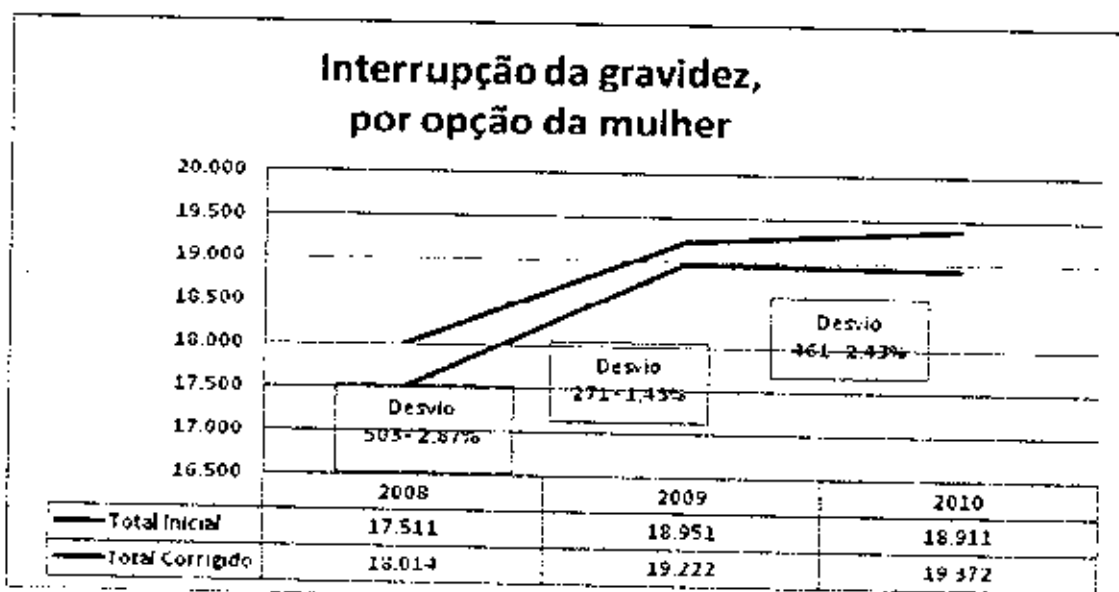


## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Quadro n.º1 – Interrupção da gravidez, por opção da mulher - Dados iniciais e dados corrigidos pela Direcção-Geral de Saúde, relativos a 2010 e disponibilizados os de 2011, em Abril de 2012.

Ano	2007 – 2.ª Sem		2008*		2009**		2010***		2011****	
Total Inicial	6.107	100%	17.511	100%	18.951	100%	18.911	100%	19802	100%
Total Corrigido	6.328	100%	18.014	100%	19.222	100%	19.560	100%	-	-
Desvio	221	3,49%	503	2,87%	271	1,43%	649	3,43%	-	-

- \* DGS - Valor corrigido em Março de 2010.
- \*\* DGS - Valor corrigido em Março de 2011.
- \*\*\*DGS - Valor Total corrigido sem dados desagregados – 19.372, por ofício em 11.10.2011, posterior e desagregadamente corrigidos em Abril de 2012.
- \*\*\*\* - Dados apresentados em Maio de 2012 pela DGS relativos a 2011.
- Dados Estatísticos do INE/DGS.



O gráfico não integra os dados relativos ao ano de 2011.

Por tudo isto não se pode afirmar, entendem, em momento nenhum que o aborto está a baixar, pois há uma parcela significativa de dados que poderá não estar introduzida, à semelhança de anos anteriores<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> Esta afirmação foi proferida antes de ser conhecida actualização dos dados pela DGS, solicitada por sugestão dos próprios petionários, no momento da audição.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

A relatora esclarece que estas afirmações foram produzidas antes de serem conhecidos os dados corrigidos relativamente ao ano de 2010 e de 2011, disponibilizados apenas em Abril de 2012.

Acrescenta, que aquando das correcções introduzidas, nenhuma informação é apresentada com referência aos dados iniciais e aos corrigidos, nem é feito qualquer tratamento estatístico dos desvios.

Perante os dados apresentados, foi requerido por alguns dos presentes que a Direcção-Geral de Saúde fosse confrontada com estes factos e convidada a corrigir, desde já, os números apresentados para 2010, a fim de a avaliação do aborto em Portugal poder ter por base os números efectivos.<sup>8</sup>

Referem ainda que em 2010, em 58 casos de IVG a idade da mãe é Desconhecida, o que em caso de desagregação dos mesmos, tal é susceptível de influenciar a tendência do aborto.

Mais referem que as condições de pobreza e de falta de condições para ter os filhos continua a ser um factor determinante na decisão de abortar.

No entanto, para as mulheres mais jovens é sobretudo a pressão dos pais, a imagem da escola, que determinam a decisão de abortar, sendo que nas restantes faixas etárias, a pressão do companheiro e dos patrões determinam muitas vezes esta decisão.

Por fim, em termos de planeamento familiar referem que esta questão tem de ser tratada com seriedade e eficácia, pois não se admite que uma consulta de planeamento familiar em Lisboa demore cerca de 8 meses a ser marcada.

### ***B.1 – Ministério de Saúde***

<sup>8</sup> Documento em anexo, sob a designação de Anexo III em que a DGS corrige os dados para 2010, embora não desagregados, apenas n.º total – 19.372, por hospital e unidades reconhecidas..





## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Respondeu por carta datada de 20 de Setembro de 2011, no âmbito da matéria em avaliação, que se passa a transcrever:

a) Em 2010, o total de interrupções, independentemente dos motivos, foi de 19.436<sup>9</sup>, número inferior ao registado em 2009. Tal como já aconteceu em anos anteriores, as interrupções da Gravidez (IG) por opção da mulher até às 10 semanas, constituem 97% das interrupções realizadas.

b) Em 2010 registaram-se 18.911 IG por opção da mulher até às 10 semanas, número igualmente inferior ao registado em 2009.<sup>10</sup>

c) Em Portugal cerca de dois terços das IG ocorreram em mulheres com idades compreendidas entre os 20 e os 34 anos, coerente com a distribuição dos nascidos-vivos por grupo etário da mãe.

d) Em 68,5% dos casos as IG por opção da mulher foram realizadas em unidades do Serviço Nacional de saúde (SNS). Ao longo destes anos esta variação tem-se mantido estável entre os 68-70%.

e) A distribuição das IG por procedimento no ano de 2010 foi idêntica à dos anos anteriores. Nas unidades do SNS a grande maioria das interrupções (97%) é realizada utilizando a método medicamentoso; nas unidades privadas a quase totalidade das interrupções é realizado pelo método cirúrgico (98%)

f) Em 2010, 97% das mulheres que realizaram uma IG por opção escolheram um método de contracepção. Nos vários relatórios já publicados, a percentagem de utilização de contracepção pós-interrupção da gravidez por opção da mulher, varia entre 94-97%. Entre as mulheres que realizaram contracepção, um terço opta por um método contraceptivo de longa duração (dispositivo intra-uterino, implante contraceptivo ou laqueação de trompas).

<sup>9</sup> Número sem a correção já efectuada pela Direcção-Geral de Saúde, constante em anexo ao presente relatório, sob a designação de Anexo III.

<sup>10</sup> Os dados actualizados em Março de 2011 pela DGS relativos a 2009 contrariam esta afirmação. Ver quadro n.º 1, a fls.15, deste relatório.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

g) Entre as mulheres que realizaram em 2010 um IG por opção, 75,41% nunca tinha realizado anteriormente uma interrupção.

h) Do total de mulheres que fizeram um IG por opção, 1,86% tinham realizado outra IG em 2010; 6,36% tinham realizado outra IG em 2009; 4,63% tinham realizado outra IG em 2008.

i) O ano de 2010 revela uma diminuição nos números de interrupção da gravidez<sup>11</sup>. Porém a redução do número de gravidezes não desejadas deve assentar numa estratégia sustentada de educação sexual, acessibilidade a métodos de contraceção e promoção da contraceção eficaz e segura.”

### **B.2 – Direcção-Geral de Saúde**

A DGS ouvida sobre o conteúdo da Petição e no seu âmbito, sobre a avaliação da realidade do aborto, em 23 de Agosto de 2011 aduziu os seguintes argumentos, na pessoa do Senhor Director-Geral, Dr. Francisco George, em breves notas introdutórias:

A lei que decorre do referendo sobre interrupção voluntária da gravidez<sup>12</sup> (IVG) já foi bem assimilada pelo tecido psicossocial português e o reflexo disso é o baixo número de reclamações. Os portugueses assumiram esta medida legislativa como um direito.

Com a aprovação da lei não se verificou aumento do número de IVG.

Se, por hipótese, a lei fosse abolida, o número de IVG em Portugal não iria diminuir. Iria sim, florescer de novo a oferta clandestina de interrupções ou o crescimento da auto-medicação, sem que isso se traduzisse em diminuição real dos números totais.

<sup>11</sup> - À data em que foi remetido este documento admite-se que não eram conhecidos os dados corrigidos pela DGS, para 2010, o que aconteceu em documento datado de 11.10.2011 – Anexo III, e posteriormente corrigidos e disponibilizados desagregadamente, em Abril de 2012.

<sup>12</sup> - Lei n.º 16/2007, de 17 de Abril



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Liderou a comissão responsável pela regulamentação decorrente da lei sobre IVG. Realçou duas grandes áreas de discussão em termos de condicionantes da rede, relativas à escolha da mulher<sup>13</sup>, que uma é de carácter geográfico e outra quanto à natureza da instituição - pública ou privada - para a sua opção.

Clarificou que qualquer mulher, de qualquer ponto do país, pode escolher livremente onde deseja realizar a interrupção da gravidez.

O recurso ao sector privado, é uma evidência por parte do encaminhamento que é feito pelos hospitais públicos, nomeadamente para compensar a falta de recursos disponíveis no sector público e pelos casos de objecção de consciência, bem como em caso de impedimento médico por ausência em períodos de férias.<sup>14</sup>

O número estimado de interrupções voluntárias da gravidez antes da aprovação da lei<sup>15</sup> era de cerca de uma em cada 5 gravidezes, de acordo com os dados para que apontava a Organização Mundial de Saúde – 20% dos nados vivos. Actualmente o número de IVG é significativamente abaixo desse número.

Quadro n.º2 - N.º de Nados vivos - Taxa bruta de natalidade por mil habitantes.

Nados vivos	Número de Nados Vivos*							
	Taxa bruta de natalidade – por mil habitantes							
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
N.º nados vivos	109.298	109.399	105.449	102.492	104.594	99.491	101.800	97112
Taxa bruta de natalidade – por 1.000 habitantes	10,4	10,4	10,0	9,7	9,8	9,4	10,18	9,7

\*Dados de 2010 e 2011 contabilizados com base no teste dos pezinhos, do Centro de Genética Médica. Recolha de relatora.

De acordo com os dados obtidos a partir do Centro de Genética Médica a todos os recém-nascidos, mediante o teste dos pezinhos, o ano de 2011 foi a segunda vez em que o número de nascimentos ficou abaixo dos 100 mil, sendo 2011 o pior ano desde que há registos relativamente ao número de nascimentos..

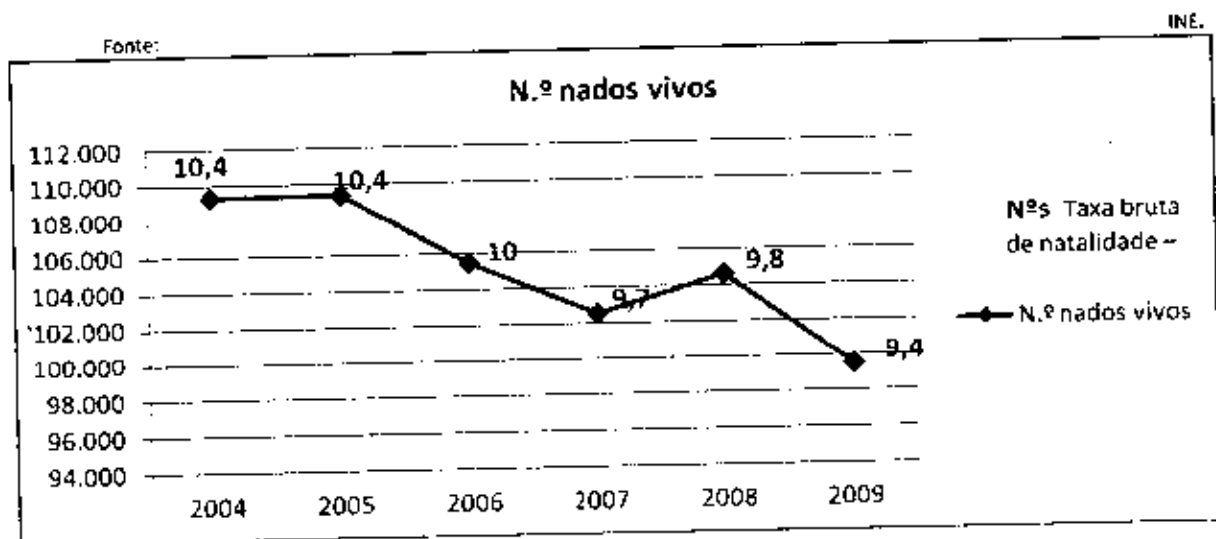
<sup>13</sup> - Art.º 3º n.º 1, da Portaria 741-A/2007, de 21 de Julho

<sup>14</sup> - Ver quadro n.º30, a fls 86.

<sup>15</sup> - Lei n.º16/2007, de 17 de Abril



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA



A Senhora Dra. Lisa Ferreira Vicente, Chefe de Divisão de Saúde Reprodutiva da Direcção-Geral da Saúde, referiu:

Há importantes diferenças e assimetrias geográficas no que diz respeito a “Região de residência da utente” e “Região da Instituição onde é realizada a IG”. As Regiões de Saúde Norte e Centro apresentam-se capazes de dar resposta dentro do SNS ao total das solicitações de IG.<sup>16</sup>

Na Região de Saúde de LVT existe, em algumas situações, referência para unidades privadas que fazem parte da rede de estabelecimentos oficialmente reconhecidos para realizarem IG, de forma constante (ao longo de todo o ano) ou sazonal (em períodos de férias).

Tal recurso, fica a dever-se a vários factores:

- diminuição dos recursos nos serviços de obstetria em geral, causada por reformas;
- deslocação de profissionais para unidades privadas;
- existência de serviços em que os objectores de consciência são maioritários.

Nos casos em que não há resposta, as grávidas são encaminhadas para unidades privadas, de acordo com o disposto na Lei.

<sup>16</sup> Ver quadros n.ºs 20 e 19, a fls. 78 e 77, respectivamente.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Na Região de Saúde do Alentejo a maioria das grávidas (de Évora, Beja e Portalegre) são encaminhadas para a Clínica dos Arcos.

Na Região de Saúde do Algarve, apesar de existirem dificuldades em assegurar o procedimento, tem existido um grande esforço e empenho no sentido de continuar a realizar localmente as IG.

Por sua vez, as Regiões Autónomas estão sujeitas à lei geral. No entanto, nos Açores não há recursos suficientes e por isso as grávidas são encaminhadas para as clínicas privadas no Continente – Arcos e SAMS. A Secretaria Regional de Saúde deverá ser ouvida no sentido de saber se as regiões autónomas financiam esse envio; em caso afirmativo, em que termos – i.é. se com viagens, hotel, acompanhantes, quantos dias de permanência, etc.

Refere duas notas:

Assegurar que as IG sejam realizadas na própria região de saúde permite uma melhor articulação entre os cuidados hospitalares de interrupção e as consultas de planeamento familiar futuras (no Centro de Saúde - cuidados primários de saúde).

Os objectores de consciência existem em todas as regiões de saúde e a resposta dos serviços, tal como está consagrado na legislação, deve ultrapassar esta questão. Existem alguns serviços em que todos os profissionais são objectores de consciência. Este facto não está limitado à Região de LVT. As soluções encontradas é que foram diferentes.

O Hospital de Leiria (Hospital de Santo André), a título de exemplo, contratualizou com profissionais de outros hospitais para que realizassem no próprio H. Leiria a consulta de IG. Em outros hospitais, a solução encontrada foi a de contratualizar a realização de IG em unidades privadas e, nesse caso, são referenciadas a partir do hospital.

Existe um enquadramento legal bem definido no que diz respeito ao recurso, a título complementar, aos privados.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

A Inspeção-Geral das Actividades em Saúde (IGAS) é o organismo que tem a competência pela fiscalização, na perspectiva da observação do cumprimento das normas definidas, quer as estipuladas no quadro legal, quer nas normas emitidas pela DGS.

No sector público recorre-se mais ao aborto medicamentoso; no privado recorre-se muito mais ao cirúrgico.

Os preços praticados para interrupção da gravidez estão definidos na Portaria nº 781-A/2007 de 16 de Julho.

O preço definido é um preço compreensivo (tabelado) que engloba todos os serviços que previsivelmente decorrem da realização de um dado acto médico.

No caso das IG, até às 10 semanas, este cálculo inclui o custo do método contraceptivo que será aconselhado e fornecido a cada mulher.

O valor pago às unidades de saúde é superior se for realizada a IVG cirúrgica (ao invés da medicamentosa). A diferença de preço entre cirúrgico e medicamentoso é de cerca de 100 euros, em ambulatório.

Foi referido que a interrupção medicamentosa no sector público – referida uma percentagem de 97% - se apresenta como um case study na Europa, contra os 97% - referidos - de cirúrgico, no sector privado<sup>17</sup>.

### **De forma mais sistematizada:**

As IG, historicamente, começaram por ser realizadas pela técnica cirúrgica.

A IG medicamentosa foi introduzida na Europa tal como está protocolada actualmente em 1999/2000. A sua introdução deu-se gradual e progressivamente em diferentes Países.

---

<sup>17</sup> - Ver quadro 22., a fls. 81 e 82.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Quando em Portugal se introduziu a Rede de IVG foi possível utilizar a experiência já existente em outros Países e por isso foi introduzida, preferencialmente, a IG medicamentosa. Este facto permitiu dar resposta às necessidades sem grande modificação das práticas – necessidade de bloco operatório e tempos cirúrgicos.

Foi, além disso, muito bem aceite pelas mulheres (note-se que aceitam o procedimento após informação) porque (e isto é apenas uma suposição do contexto social prévio) já existia antes da aprovação de lei de interrupção da gravidez em Portugal o recurso a medicamentos para este fim.

A Clínica dos Arcos é oriunda de Espanha, já com experiência técnica cirúrgica. Por essa razão, justifica a preferência por este método, por razões de experiência e por este procedimento ser realizado em menos tempo. Uma interrupção cirúrgica, exige a permanência da mulher em recobro cerca de duas horas, em circunstâncias normais, ao passo que a medicamentosa envolve vários dias.

Hoje em dia, alguns profissionais nas unidades de saúde públicas têm realizado formação no sentido de aumentar a capacidade de resposta relativamente à interrupção cirúrgica com anestesia local e, deste modo, evitar que, por falta de meios, possa ser condicionada a opção da mulher quanto à escolha do método.

O tipo de intervenção para IVG é da escolha da mulher, depois de receber informação /realizar consentimento informado.

Das interrupções que se realizam no sector privado, cerca de 30% das mulheres procuram estas unidades por iniciativa própria<sup>18</sup>.

Constata-se um elevado número de encaminhamentos do sector público para o sector privado. No entanto, tal fica a dever-se à falta de recursos naquele – 4383 – 23,17%, em 2010<sup>19</sup>.

<sup>18</sup> - De acordo com o Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez da DGS, na pag.6, tabela 4 – IG por opção da mulher por sector e mês de realização em 2010, num total de 5965 – 31,54%, e de consulta acessível na Comissão Parlamentar de Saúde.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Em relação ao texto do Anexo I da Portaria n.º 741-A/2001 sobre o consentimento informado, houve acordo para o texto em causa ser melhorado, no seu último parágrafo, que se transcreve:

*“Confirmo que, mediante a minha solicitação, me foi dada a possibilidade de acompanhamento psicológico ou por assistente social, durante o período de reflexão, que não foi inferior a 3 dias”,*

por se entender que entre a entrega do documento sobre o consentimento livre e esclarecido deve decorrer um período de reflexão não inferior a três dias, nos termos legais – n.º 1 do Art.º 18.º da Portaria n.º 741-A/2007.

Ora, quando o documento é entregue pela mulher, esta já sabe qual o tipo de ajuda pela qual optou ou se prescindiu dela.

O modo como está elaborada a formulação desta declaração permite que a mesma seja feita em qualquer momento, em limite, no primeiro momento em que a mulher se apresenta para a consulta prévia.

Sendo este um dos momentos mais marcantes do processo, toda a clarificação deve ser admitida.

A fiscalização do tempo de gestação (10 semanas) tem sido feita por inspectores anónimos da IGAS que têm acesso a processos clínicos e avaliam as ecografias, que devem estar assinadas pelo médico que as realizou – relatórios disponíveis no site da IGAS.

A validação da idade gestacional é sempre confirmada por outro médico diferente do que realizou a ecografia para determinação da mesma<sup>20</sup>.

---

<sup>19</sup> - Tabela 15 – IG por opção da mulher por tipo de Instituição e pelo tipo de encaminhamento – página 11 – Relatório das Registos das Interrupções da Gravidez fornecido pela DGS, disponível para consulta no Comissão Parlamentar de Saúde.

<sup>20</sup> - Informação diferente veiculada pela IGAS nos seus relatórios no ponto – F) – a fls.34 e 35 deste relatório.





## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Também, de acordo com a Circular Normativa 14/DIR da DGS, de 12/07/2007 a determinação do tempo de gravidez, após as dúvidas surgidas sobre o efectivo tempo de gestação em que era permitido realizar a interrupção voluntária da gravidez em segurança, ficou estabelecido, que o tempo de gestação é considerado até às 9 semanas e 6 dias no momento da consulta prévia.

Sobre as divergências assumidas pela Direcção-Geral de Saúde no Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez, nos dados referentes ao período de Janeiro a Dezembro de 2010, de Março de 2011, em que afirma a mesma entidade:

*“(...) No entanto, têm-se verificado atrasos na introdução dos registos por parte das Unidades de Saúde independentemente do motivo de IG (ou seja todas as situações indicadas no Art.º 142.º do Código Penal) quer em instituições públicas quer em privadas. Os registos introduzidos fora do prazo previsto no normativo (Art.º 8.º da Portaria n.º 741-A/2007, de 21 de Junho) têm sido aceites e actualizados por razões de fidedignidade e transparência estatística.”*

Razões apontadas para o atraso da introdução dos registos: A evolução técnico-científica – os dados mais recentes sobre IG medicamentosa demonstram que a avaliação ecográfica após a menstruação, consiste na forma mais adequada de verificação que a cavidade uterina não contém restos ovulares.

Por esta razão, alguns processos ficam actualmente retidos em consulta, aguardando a reavaliação clínica/ecográfica final. Ora, o primeiro destes pressupostos não foi tido em conta na formulação legal inicial que prevê que o reporte obrigatório deverá ocorrer até ao 20.º dia do mês seguinte.

Este ponto, poderá também ser eventualmente sujeito a clarificação por questões de segurança.

Apenas este facto é enunciado para justificar a questão prévia suscitada no início do Relatório Estatístico a fls.3, - Anexo c) fornecido pela DGS, que estará disponível na Comissão Parlamentar

21

<sup>21</sup> Argumentos diferentes da IGAS, constantes também deste relatório a fls.35 , alinea D.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Mais refere:

Compete à Inspeção-Geral auditar os procedimentos: se dados pessoais são eliminados em três meses, nos termos legais<sup>22</sup>. A DGS só tem deste facto o conhecimento que é transmitido pela IGAS nos relatórios que produz.

Boletins informativos para grávidas nacionais e imigrantes estão incluídos em múltiplas línguas no site da Direcção-Geral de Saúde.

No SNS o acesso à saúde reprodutiva e maternidade é livre, gratuito e independente do estatuto legal e da nacionalidade da mulher que a ela acede, como regra, sem qualquer excepção.

Existe documentação em português, cirílico e mandarim no sentido de esclarecer as mulheres de diferentes nacionalidades sobre os seus direitos e forma de acesso aos meios disponibilizados, que constam dos documentos em anexo, sob a designação de Anexo d), fornecidos para consulta pela DGS, na Comissão Parlamentar de Saúde.

Relativamente a mortes maternas:

Em 2009 ocorreram 4 mortes maternas e em 2010 sucederam 9.

Morte materna (MM), por definição consiste na morte ocorrida durante a gravidez, parto e até 42 dias após o parto (puerpério).

Os dados preliminares recolhidos pela DGS apontam para:

- quatro MM em 2009, das quais uma ocorrida após um aborto espontâneo (sem IG ou qualquer intervenção medicamentosa)
- uma MM por rotura de gravidez ectópica;
- uma MM numa interrupção medicamentosa, até às 10 semanas, que ficou a dever-se a choque tóxico com *Clostridium Sordelli* (Junho de 2010);

<sup>22</sup> - n.º 2 do artigo 9.º da Portaria n.º 741-A/2007, de 21 de Junho. Segundo a IGAS, algumas entidades a isso obrigadas não os destroem neste período; outras porém, algumas vezes apresentaram todo o processo completamente destruído, invocando para a sua actuação a formulação legal tal qual se apresenta. No entanto garante esta entidade que está absolutamente salvaguardada a reserva sobre os respectivos dados da mulher, objectivo fundamental da medida preconizada – Ver fls.35, alínea G, deste relatório.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

- as restantes MM distribuem-se por diferentes patologias durante a gravidez e parto maioritariamente.

Em 2009, a DGS publicou o “Relatório das Mortes Maternas 2001-2007”, que se anexa e que se encontra disponível na página [www.saudereprodutiva.dgs.pt](http://www.saudereprodutiva.dgs.pt). Nesse período (2001-2007) ocorreram 14 casos de MM associadas a aborto. Vide Anexo e).

A Direcção-Geral de Saúde só tem conhecimento da existência de interrupções voluntárias da gravidez fora das unidades de saúde pelo reporte que é feito em termos hospitalares, face às complicações clínicas que vêm a ser conhecidas, por entrada nas mesmas unidades e através da articulação com a Inspeção-Geral das Actividades de Saúde – IGAS. Existe apenas uma referência, não estudos sobre a matéria.

A DGS, perante suspeitas de IVG realizadas à margem da legalidade -“clandestinos” -, afirma que compete à IGAS proceder à investigação. Houve registo de três casos logo após a publicação da lei e, desde então, não têm sido detectados mais casos irregulares.

A interrupção da gravidez não é tratada como causa de morte do feto, seja qual for a causa.

IVG é assumidamente um assunto da mulher, mas defende que as políticas devem fazer com que o homem sinta também a gravidez como sua e com a mulher se responsabilize pelas decisões a tomar. Tal, como se encontra em conclusão do Relatório das IG de 2010: a contracepção deve ser também trabalhada e abordada como uma responsabilidade masculina.

1/3 das mulheres fazem contracepção de longa duração, que inclui: implante contraceptivo, DIU, contracepção definitiva (LTB) depois da IVG<sup>23</sup>. Este facto encontra-se descrito no Relatório de 2010.

**Quadro n.º3 – Método contraceptivo utilizado após a realização da Interrupção da gravidez, por opção da mulher.**

<sup>23</sup> - As percentagens apuradas, já corrigidas a 2010 e disponibilizadas a 2011, aponta para valores substancialmente diferentes quer quanto ao método utilizado quer às percentagens – Ver quadro n.º 3, a fls.28. Método contraceptivo escolhido após IG por opção da mulher, maioritariamente - Hormonal oral ou injectável.

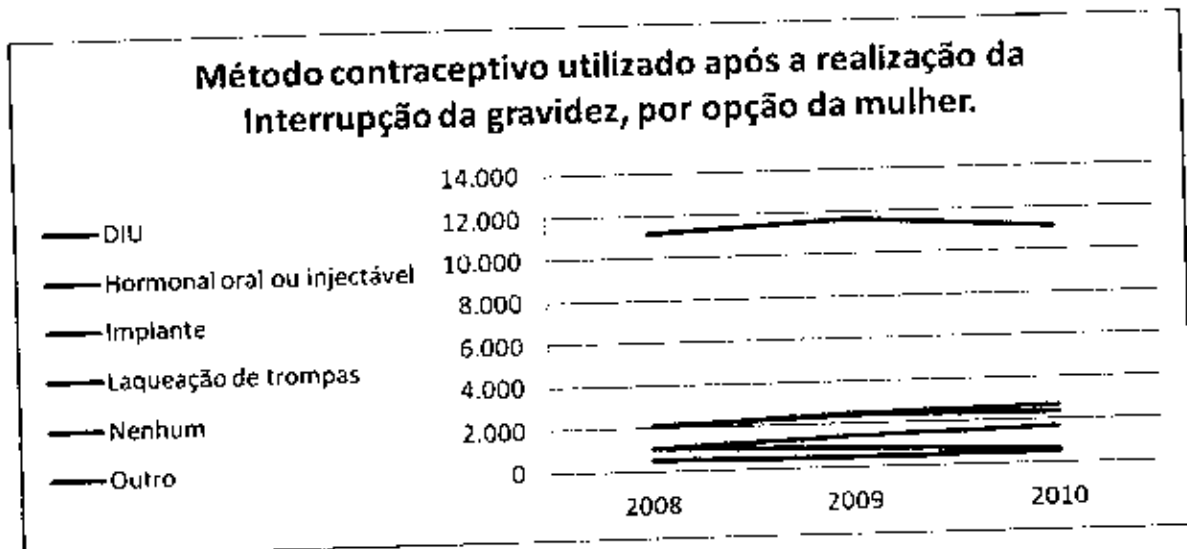


## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

*IG por opção da mulher, por método contraceptivo*

Ano	2008*		2009**		2010***		2011****	
	N.º IVG	% IVG	N.º IVG	% IVG	N.º IVG	% IVG	N.º IVG	% IVG
Met. Contraceptivo								
DIU	2.130	11,82%	2.389	12,43%	2495	12,76%	2335	11,79%
Hormonal oral ou injectável	11.168	62,00%	11.665	60,69%	11445	58,51%	11417	57,66%
Implante	2.124	11,79%	2.489	12,95%	2770	14,16%	3284	16,58%
Laqueação de trompas	500	2,78%	423	2,20%	503	2,57%	515	2,60%
Nenhum	1.060	5,88%	839	4,36%	655	3,35%	638	3,22%
Outro	1.032	5,73%	1.417	7,37%	1.692	8,65%	1613	8,15%
<b>Total Corrigido</b>	<b>18.014</b>	<b>100%</b>	<b>19.222</b>	<b>100%</b>	<b>19560</b>	<b>100%</b>	<b>19802</b>	<b>100%</b>
Total Inicial	17.511	100%	18.951	100%	18.911	100%	19802	100%
Desvio	503	2,87%	271	1,43%	649	3,43%	-	-

- \* DGS - Valores corrigidos em Março de 2010.
- \*\* DGS - Valores corrigidos em Março de 2011.
- \*\*\* Dados corrigidos apresentados em Abril de 2012, pela DGS.
- \*\*\*\* - Dados apresentados em Abril de 2012, pela DGS.
- Dados Estatísticos do INE/DGS.



O encaminhamento para consulta de planeamento familiar após IVG é obrigatório. Algumas unidades de saúde assumem a obrigação da 1ª consulta e posteriormente encaminham para o centro de saúde. Outras unidades enviam logo para os centros de saúde para consultas de planeamento familiar.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

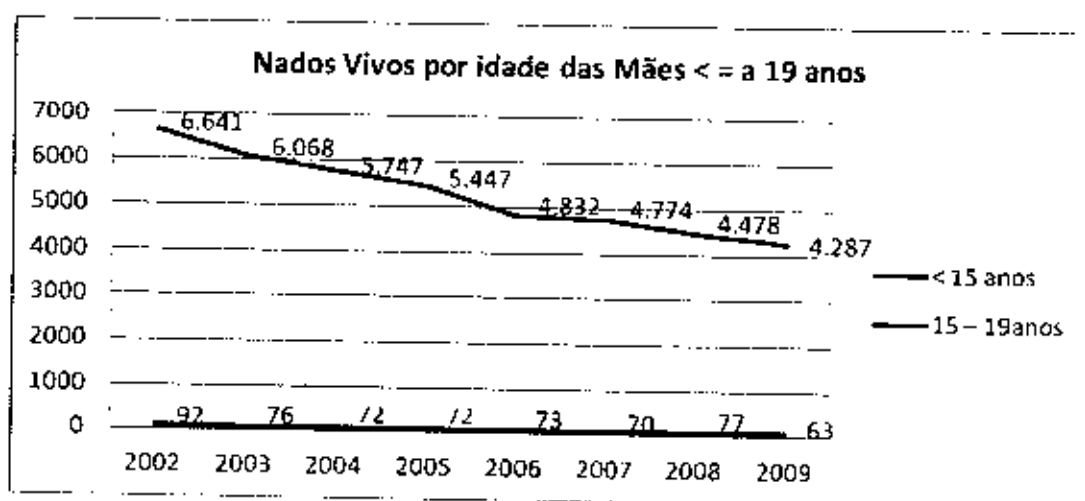
A maior parte das mulheres que recorre à interrupção da gravidez não tem médico de família, embora<sup>24</sup> não tenhamos nenhuns dados estatísticos que nos façam acreditar que as mulheres que pedem IG têm maior ou menor probabilidade comparativamente ao resto da população.

Os nascimentos em adolescentes abaixo dos 19 anos de idade têm vindo a diminuir mas mantêm-se estáveis abaixo dos 15 anos, como se pode constatar este facto na tabela que se apresenta em anexo.

Quadro n.º4 - Nados vivos por idade das mães com idade igual ou inferior a 19 anos.

Ano	Nados Vivos por idade das Mães <= a 19 anos *							
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
< 15 anos	92	76	72	72	73	70	77	63
15-19anos	6.641	6.068	5.747	5.447	4.832	4.774	4.478	4.287
Total	6.733	6.144	5.819	5.519	4.905	4.844	4.555	4.350

\* Dados fornecidos pela Direcção-Geral de Saúde.



Os dados sobre as mulheres que inicialmente se dirigem à consulta prévia para interrupção voluntária da gravidez e que depois mudam de decisão situam-se na ordem dos 5%, sendo que este valor é apenas estimado, e por isso sem rigor científico.<sup>25</sup>

Afirma, no entanto, que na prática não faz ou faz muito pouco sentido esta questão pelo facto de a mulher que se apresenta à consulta prévia já ter decidido a maior parte das vezes sobre a

<sup>24</sup> Texto da Ordem dos Médicos.

<sup>25</sup> Dado divergente do referido pela IGAS, embora assente também numa percepção sem rigor científico, de apenas alguns casos



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

interrupção da gravidez: já pensou sozinha, com o companheiro; já foi ao centro de saúde a uma consulta, para ser referenciada e já marcou uma consulta hospitalar.

Os dados estatísticos constantes da tabela seguinte apontam para o facto de a situação laboral do companheiro ser desconhecida – em 6155 casos de interrupção voluntária da gravidez, representando 32,6% das situações em onze tratadas relativamente a eles, conjugadas com as duas primeiras situações relativas à mulher – trabalhadoras não qualificadas – 3573 casos – 18,9% e estudantes – 3268 – 17,3%, todas num total de 18911, têm merecido alguma reflexão sobre a matéria, por parte da Direcção-Geral de Saúde, sem que no entanto tenham sido retiradas ilações em concreto ou outro tipo de propostas para os dados em presença.

Quadro n.º 5<sup>26</sup> - Interrupção da gravidez, por opção da mulher, por situação laboral da mesma e do companheiro.

*IVG por situação laboral da mulher e do companheiro, dados iniciais e corrigidos.*

*Ano de 2010.*

<i>Situação Laboral da mulher</i>	<i>N.º IVG Inicial</i>	<i>%</i>	<i>N.º IVG Corrigido</i>	<i>%</i>	<i>Situação Laboral do companheiro</i>	<i>N.º IVG Inicial</i>	<i>%</i>	<i>IV Corrigido</i>	<i>%</i>
Trabalhadora não qualificada	3573	18,89%	3705	18,94%	Desconhecida	6155	32,55%	6220	31,8%
Estudante	3268	17,28%	3411	17,44%	Agricultor, artífice, outros trabalhos qualificados	3886	20,55%	4080	20,86%
Desempregada	3251	17,19%	3388	17,32%	Trabalhador não qualificado	2648	14,00%	2769	14,16%
Agricultora, artífice e outras trabalhadoras qualificadas	3089	16,33%	3214	16,43%	Desempregado	1350	7,14%	1421	7,26%
Pessoal Administrativo, serviços e similares	1994	10,54%	2042	10,44%	Técnico e Profissional de nível intermédio	1304	6,90%	1344	6,87%
Técnico e Profissional de nível intermédio	1506	7,96%	1549	7,92%	Estudante	1125	5,95%	1199	6,10%
Profissões intelectuais e científicas	1304	6,90%	1342	6,86%	Pessoal administrativo, serviço e similares	1102	5,83%	1136	5,81%
Quadras superiores ADM Pública e empresas	189	1,00%	194	0,99%	Profissões intelectuais e científicas	741	3,92%	765	3,91%
Outros	181	0,95%	715	3,65%	Outros	411	2,18%	632	3,23%
<b>Total</b>	<b>18911</b>	<b>100%</b>	<b>19560</b>	<b>100%</b>	<b>Total</b>	<b>18911</b>	<b>100%</b>	<b>19.560</b>	<b>100%</b>
<b>Desvios</b>			<b>649</b>	<b>3,43%</b>				<b>649</b>	<b>3,43%</b>

\* Dados do INF/DGs, não corrigidos, por falta de desagregação do n.º total -- 19.372.

<sup>26</sup> INE/DGS - Dados ordenados percentualmente pela relatora.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Porém, nos dados corrigidos e apresentados em Abril de 2012 pela DGS, relativos ao período de 2010, a situação laboral do companheiro “desconhecida” foi tratada desagregadamente, sendo que verdadeiramente situação “desconhecida” apresentam 627 - 3,21% e em “branco” - 5593 - 28,59%, o que por uniformidade de tratamento assumida pela relatora integrou ambas as variáveis em “desconhecida”, como inicialmente apresentada pela DGS – num total de 6220 - 31,8%.

Nos dados iniciais de 2011 relativos à situação laboral do companheiro – o n.º de desconhecidos e em branco apresenta sensivelmente os mesmos valores – Desconhecidos 984 - 4,97% e “em branco” - 5.239 - 26,46%, num total final de 6223 - 31,43%.

Sobre as considerações finais constante do Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez na página 15 em que se refere:

*“ Finalmente é da responsabilidade da DGS salientar a importância do aumento de cidadãos estrangeiros a residir em Portugal. Este facto representa um desafio acrescido em dois aspectos: por um lado, o enquadramento e conhecimento de representações e práticas culturais diferentes na área da saúde sexual e reprodutiva; e por outro a necessidade de garantir o acesso aos cuidados de planeamento familiar e cuidados materno-infantis[...]”.*

e o tratamento estatístico em termos de nacionalidades das mulheres que optem pela interrupção voluntária da gravidez, em que se deixa a variável “Outra” que representa 17,7% sem maior especificação<sup>27</sup>, foi esclarecido que muitas são as nacionalidades em presença. Admite-se que uma enumeração mais alargada/discriminada pode ser importante para análise mais adequada quando se estudam os números e as soluções.

### **B.3 – IGAS – Inspeção - Geral das Actividades de Saúde**

A IGAS sobre as mesmas questões, aduziu os seguintes dados, na pessoa do Senhor Dr. Rui Colaço Gomes, Chefe de Equipa Multidisciplinar de Fiscalização da IGAS.

<sup>27</sup> Quadro n.º 21, a fls. 79, deste relatório.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Interveio em representação do Sr. Inspector-Geral das Actividades de Saúde, face quer à sua qualidade de Chefe de Equipa Multidisciplinar de Fiscalização, quer ao facto de ter integrado as equipas de inspecção/fiscalização responsáveis pelas acções realizadas no âmbito da Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG).

Esclareceu que neste momento todas as entidades oficiais e reconhecidas para a interrupção voluntária da gravidez - a totalidade das 40 entidades - foram inspeccionadas/fiscalizadas desde de 2008, a saber:

- 2008 - 3 estabelecimentos oficialmente reconhecidos (privados);
- 2009 - 8 estabelecimentos oficiais (públicos);
- 2010 - 22 estabelecimentos oficiais (9 - Região Norte, 6 - Região Centro, 5 - Lisboa e Vale do Tejo e 1 - Alentejo e 1 - Algarve)<sup>28</sup> e 2 privados<sup>29</sup> - reconhecidas para o efeito, relatórios para os quais fomos remetidos;
- 2011 - 18 estabelecimentos oficiais
- 2012 - prevê-se a realização de acções aos estabelecimentos inspeccionados/fiscalizados em 2010 (22 públicos e 2 privadas).<sup>30</sup>

Todos os anos os relatórios de síntese são remetidos para a Tutela, para a Direcção-Geral de Saúde e para as Administrações Regionais de Saúde. No presente ano os relatórios individuais finais (pós-contraditório) existentes foram já enviados às referidas entidades.

Das acções levados a cabo em 2011, todas as visitas inspectivas foram já realizadas, e cerca de 80% tem os relatórios já concluídos, encontrando-se cerca de 60% em fase de contraditório.

<sup>28</sup> IGAS - Relatório de actividades 2010, a fls.77/136 e 137 - "(...) Representam 50% das interrupções voluntárias da gravidez em Portugal Continental e cerca de 33% do total nacional, incluindo Regiões autónomas e privados(...)"

<sup>29</sup> Dos 3 inicialmente existentes, houve um que deixou de realizar a actividade de IVG.

<sup>30</sup> Como metodologia para a inspecção, no silêncio da Lei decidiu a IGAS fazê-las de 2 em 2 anos. No entanto, a este momento, todos os estabelecimentos oficiais e oficialmente reconhecidos para o efeito, foram já fiscalizados.





## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

As respostas já obtidas revelam que, em regra, as recomendações propostas no âmbito das inspecções levadas a cabo são acolhidas e deverão ser implementadas e comunicada a sua efectiva execução no prazo de 120 dias, o que até ao momento ainda não tinha decorrido, para o efeito.

Nas inspecções no âmbito da interrupção voluntária da gravidez, a equipa inspectiva integra peritos médicos das especialidades de Ginecologia/Obstetria e de Saúde Pública.<sup>31</sup>

Sobre a obrigatoriedade de disponibilização de informação contida na Portaria n.º 741-A/2007, de 21 de Junho, que obriga à disponibilização em sítio da Internet, de uma área destinada à interrupção voluntária da gravidez de onde conste lista actualizada dos estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos que realizam a interrupção voluntária da gravidez e respectivos contactos, refere a existência do micro-site da DGS – Saúde Sexual e Reprodutiva, sendo certo, porém, que há lacunas nos registos, designadamente no que se refere à sua actualização.

Isto pode levantar problemas e atrasos na pesquisa dos locais de realização, com eventual repercussão no acesso à consulta de Interrupção voluntária da gravidez.

Refere ainda, que os dados estatísticos estão disponíveis no mesmo micro-site da DGS – Saúde Sexual e Reprodutiva – mas que os elementos dele constantes também não estão actualizados<sup>32</sup> pelos atrasos na comunicação dos dados pelos estabelecimentos.

Mais refere que quando a opção de método de IVG medicamentoso vs. cirúrgico não consegue ser assegurada pela unidade de saúde por falta de recursos, a mulher é habitualmente encaminhada para uma unidade privada, normalmente a Clínica dos Arcos, desde que exista protocolo para esse efeito, o que já é uma maioria.

<sup>31</sup> Este ano, face à limitação de recursos abdicaram do médico de saúde pública, embora o especialista de Ginecologia/Obstetria e os próprios inspectores verifiquem certos requisitos nessa vertente nomeadamente no que respeita a áreas mais críticas como sejam a esterilização e o bloco operatório. No sector privado as equipas são completas.

<sup>32</sup> Esta desactualização é confirmada quer pela IGAS quer pelos peticionários – Federação Portuguesa pela Vida, com uma ampla dilatação no tempo, contrariando apenas um ligeiro atraso no procedimento de controlo da situação da mulher, que por vezes determina um atraso para além do dia 20 do mês seguinte a que se reporta a obrigação de registo de cada situação.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

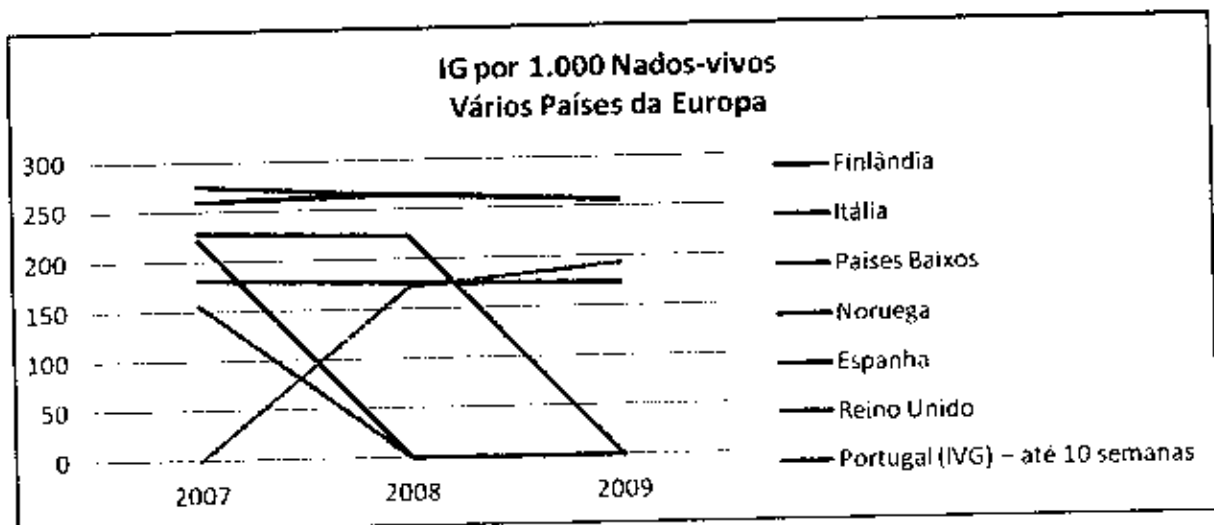
Que apesar da escassez dos recursos e a necessidade de reafecção de recursos que esta prática implicou, considerando o número de objectores de consciência, o sistema público tem procurado dar resposta no sentido da realização do aborto seguro.

Relativamente à redução do número de interrupções voluntárias da gravidez em 2010 face a 2009 refere que os números não atingiram nunca as estimativas da O.M.S. – 20% face ao número de nados -vivos. No entanto que essas estimativas não deixam de ser isso mesmo.

Quadro n.º6 – Permilagem de IG por 1.000 nados vivos – Vários países da Europa

	IG por 1.000 Nados-vivos – Vários Países da Europa*			
	2007	2008	2009	2010
Finlândia	180,29	175,51	172,55	167,96
Itália	221,69	208,81	201,8	-
Países Baixos/Holanda	156,23	154,2	153,15	-
Noruega	259,41	265,37	255,21	256,1
Espanha	227,68	222,81	225,22	-
Reino Unido	274,95	263,34	255,86	-
Portugal (IVG) – até 10 semanas	**	172,2	193,2	191,56

- \* Não disponíveis dados de 2010.
  - \*\* Dados não disponíveis
- Fontes: (HFA – DB), WHO Regional Office for Europe.





## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Reafirma que está convencido que essa diminuição resulta do facto de um melhor serviço de apoio bem como uma opção mais esclarecida da mulher.

Os prazos entre o primeiro contacto com o SNS e a Interrupção Voluntária da Gravidez são cumpridos e raros são os casos em que há desistência. Mas eles existem. No entanto, não têm números sobre a matéria.

Nas diferentes entidades fiscalizadas privilegia-se o método medicamentoso, na sua maioria chegando a atingir os 100%, não sendo disponibilizadas IVG cirúrgicas *ab initio*, salvo em caso de ineficácia de protocolo medicamentoso.<sup>33</sup> Tal facto equivale à inexistência de opção das mulheres.<sup>34</sup>

A actividade cirúrgica programada, na quase generalidade dos estabelecimentos oficiais, não existe em termos de interrupção voluntária da gravidez, pelo que, por vezes, a mesma é assegurada pelo médico obstetra/ginecologista que está de urgência o que não é recomendável.

A Clínica dos Arcos justifica a realização de mais interrupções voluntárias da gravidez cirúrgicas do que medicamentosas por ser essa a experiência dos médicos, bem como pela opção das mulheres que aí recorrem, em especial pelo facto de em cerca de duas horas um processo cirúrgico normal estar concluído. Acresce o facto de a clínica não possuir uma Urgência aberta para as eventuais complicações decorrentes do método medicamentoso.

Há mortes de mulheres registadas no período de 2000 a 2008 – cerca de 93 casos. No entanto em 2009 e 2010 não há qualquer registo de morte por interrupção voluntária da gravidez. A este respeito o Dr. Rui Colaço Gomes afirmou que muitos estabelecimentos efectuem já registos relativos a complicações, não se recordando de ter tomado conhecimento de casos de óbito.

<sup>33</sup> IGAS – Relatório de Actividades 2010 – a fls.79/137, 5.º parágrafo.

<sup>34</sup> IGAS – Relatório de actividades 2010 – a fls.80/137, 3.º parágrafo.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Refere que a verificação da idade gestacional – 9 semanas e 6 dias é por regra observada, mas que comportam alguma margem de erro. Existe uma Circular da Direcção - Geral de Saúde<sup>35</sup> sobre a matéria. Por outro lado, nesta idade gestacional, segundo os peritos médicos, clinicamente não é possível estabelecê-la de forma rigorosa, isto é, ao dia.

Reconhece que é excessiva a exigência de confirmação de idade gestacional por dois médicos diferentes<sup>36</sup>, o que muitas vezes, face à limitação de recursos humanos coloca as entidades em situação de falha, face à previsão legal.<sup>37</sup>

A confidencialidade de dados pessoais está preservada na maioria dos casos, em conformidade com a Lei.

Relativamente às falhas detectadas, quer no sector público quer no sector privado, são diversas as encontradas:

- A) Há falta de verdadeiras equipas multidisciplinares, mas não está em causa a assistência à mulher, nem a nível psicológico nem a nível social, caso o requeira. Está sempre garantido.
- B) Foram detectadas falhas de material descartável no âmbito da aspiração, no aborto cirúrgico, quer a nível de entidades públicas quer privadas. Porém, tal lacuna é suprida por sistema de esterilização devidamente testado e comprovado.
- C) Dos processos clínicos inspeccionados falha a sequência, sistematização da informação, bem como em alguns casos faltam registos clínicos e documentos obrigatórios, designadamente as ecografias.
- D) É evidente a falta de formação dos técnicos para lidarem com as obrigações de registo e tratamento de processos individuais, tendo sido nos diferentes actos de inspecção proferidas recomendações de formação técnica e profissional relativa a esta matéria.

<sup>35</sup> Circular 14/DIR – 12/07/2007DGS – Determinação do tempo de gravidez.

<sup>36</sup> Também vários peritos médicos consideram que é uma exigência que coloca em causa a competência e idoneidade do médico que confirma a idade gestacional.

<sup>37</sup> Diferente posição da assumida pela Direcção - Geral de Saúde quando afirma que são sempre verificados por dois médicos.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

- E) As condições físicas para acesso a consulta nem sempre são as desejáveis em especial porque partilham os mesmos espaços de outras consultas e até de internamento.<sup>38</sup>
- F) Há unidades onde apenas existe um médico para realização de Interrupção voluntária da gravidez, o que obriga a que a confirmação da idade gestacional seja efectuada pelo mesmo médico que realiza a interrupção, contrariando a previsão legal<sup>39</sup>.
- G) Divergência quanto à manutenção dos dados do processo individual que devem ser conservados e dos que devem ser destruídos levou a que nalguns casos os processos fossem integralmente destruídos, havendo por isso, necessidade de intervenção da Direcção-Geral de Saúde no sentido de harmonizar procedimentos.
- H) Os 3 dias de reflexão nem sempre são cumpridos. Dados constatados pelos diferentes documentos constantes do processo clínico no âmbito de inspecções realizadas.
- I) As falhas na preparação de recursos humanos é assinalada pela IGAS designadamente a nível de formação profissional em aspectos técnicos e de aconselhamento e a nível de registos de processos<sup>40</sup>.
- J) Verificam-se muitas falhas de prescrição de contracepção eficaz à data de alta da consulta de interrupção voluntária da gravidez.

As condições físicas e sanitárias para realizar o aborto são auditadas e garantidas pelos peritos médicos envolvidos nas inspecções/fiscalizações.

O tratamento de lixo biológico tem estado em conformidade com os parâmetros legais exigíveis, nas vistorias efectuadas.

Igualmente as águas residuais dos diferentes estabelecimentos estão conforme previsão legal em termos de ligação ao saneamento<sup>41 42</sup>.

<sup>38</sup> No sector público, como exemplo contrário, temos a Maternidade Dr. Alfredo da Costa com espaço de espera próprio para mulheres que vão realizar a interrupção voluntária da gravidez, sendo este um dos únicos casos, senão o único em que isso acontece.

<sup>39</sup> IGAS entidade com competência de fiscalização contraria a posição da DGS e Ordem dos Médicos. DGS – " a avaliação da idade gestacional é sempre confirmada por outro médico diferente do que realizou a ecografia para determinação da mesma – a fls. 24, penúltimo parágrafo, deste relatório; - . A Ordem dos Médicos – "(...) não chegou qualquer comunicação de falta de 2 médicos para a avaliação da idade gestacional", a fls. 39 deste relatório.

<sup>40</sup> IGAS - Relatório de actividades 2010 – a fls.82/137 – 2.º parágrafo.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

### **B.4 – Ordem dos Médicos**

O Senhor Bastonário da Ordem dos Médicos, Prof. Doutor José Manuel Silva e o Prof. Pereira Coelho interrogados sobre a avaliação do aborto em Portugal, remeteram os elementos da Comissão Parlamentar de Saúde que participaram na audição, para o documento elaborado pelo Colégio da Especialidade de Ginecologia/Obstetria da Ordem dos Médicos, que fará parte integrante do presente relatório e aqui se dá por integralmente reproduzido para todos os devidos e legais efeitos. Ver Anexo V.

Responderam ainda às demais questões colocadas.

Consideram que há facilidade de acesso à interrupção voluntária da gravidez.

Independentemente da posição política/ideológica entendem que está muito mais facilitado o acesso à interrupção voluntária da gravidez, em contraste por exemplo com o apoio à procriação medicamente assistida, que apresenta atrasos significativos, dificuldade de resposta e alguma dispersão.

Entendem que há uma grande assimetria em termos de interrupção voluntária da gravidez entre a região de Lisboa e Vale do Tejo e o resto do País.

Referem que a Maternidade Alfredo da Costa assumiu a IVG, mas por outro lado, a procriação medicamente assistida para poder corresponder às solicitações teve que recorrer a médicos espanhóis; neste campo o Hospital de Santa Maria manteve o nível de resposta.

---

<sup>41</sup> Não estando absolutamente esclarecida para a relatora a questão da ligação de sistemas públicos de drenagem de águas residuais hospitalares, antes em conjunto com as águas residuais domésticas.

<sup>42</sup> Podem conter designadamente: antibióticos, citostáticos, esterogéneos, anti-inflamatórios e mesmo substâncias radioativas, colocando em risco a população em geral, por condução directa para ETARs, seguidamente por deficiência de tratamento, por apenas receber o das águas domésticas, sendo posteriormente conduzida para cursos de água superficiais ou freáticos, com captação e tratamento em centrais, para consumo doméstico.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

No entanto, assinalam como problemático e incompreensível o nível de recursos disponibilizados para as duas realidades.

A referência de 14 mortes por aborto entre 2001 e 2007 e a não verificação de qualquer situação de morte depois desta data<sup>43</sup> permitem concluir que houve uma melhoria indiscutível da situação em que a IVG decorre, sendo esse um dos objectivos principais da sua liberalização.

Afirmam, que na perspectiva da Ordem dos Médicos houve uma redução drástica, quer em termos de mortalidade, quer de morbilidade na prática da IVG. Referiram que a mesma realizada em condições de menor qualidade é susceptível de gerar mais patologias e morbilidade associadas à sua execução.

Desde a entrada em vigor da lei de liberalização da IVG foram detectadas dificuldades de diversa ordem, quer quanto à adesão dos médicos, inicialmente limitada pela existência de grande número de objectores, quer quanto ao apoio e assistência nestas situações; as mulheres faltavam e continuam a faltar às consultas de prevenção e profilaxia, tendo em vista dirimir as ocorrências de interrupções, bem como assumir um correcto planeamento familiar.

Referem que existe a percepção de que o recurso à IVG funciona como método de contracepção.

Da sua análise, destacam que cerca de 40% das mulheres que fizeram interrupção voluntária da gravidez não tinha filhos, pelo que poderá estar em causa a inexistência ou falha de contracepção.

Entendem que poderá haver uma fatia considerável, mas não quantificada, de IVGs realizadas fora do Sistema Nacional de Saúde e que só são conhecidas por complicações posteriores, que fazem chegar esses casos aos hospitais.

Relativamente à falta de recursos humanos, refere que à Ordem não chegou qualquer comunicação da falta de 2 médicos para avaliação de idade gestacional.<sup>44</sup>

<sup>43</sup> Dado contrariado pelos dados fornecidos pela Direcção-Geral de Saúde no documento intitulado "Mortes Maternas" – Anexo e), disponível para consulta na Comissão Parlamentar de Saúde.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Consideram que, se a mulher só procura o recurso à IVG às 9 semanas, a ecografia é quase segura para a determinação da idade gestacional, sendo desnecessária a presença de 2 médicos para tal fim. Afirmam-se chocados com a exigência de dois médicos para determinar a idade fetal/gestacional.

A Ordem dos Médicos só exige dois médicos em situações em que haja risco para o doente, para o médico, ou em caso de poder ocorrer situação de emergência.

Entendem que reflectir esta posição na interrupção voluntária da gravidez é uma falha do sistema; não se justifica. **Este princípio lança um anátema sobre os médicos<sup>45</sup>.**

Em caso de alteração da lei, seria um dos pontos em que proporião a sua alteração apenas para um médico, nesta avaliação.

Entendem ainda que relativamente à idade gestacional legal para efeitos de IVG, mais uma, ou menos uma semana, nada acrescenta à questão, do ponto de vista ético.

A alteração do código deontológico parte do princípio que o médico deve definir a vida desde o seu início. Não há consenso científico e ético quanto ao momento do início da vida, sendo que é impossível fazê-lo matematicamente. Para quem a interrupção voluntária da gravidez não representa nenhuma dúvida ética ou religiosa não faz sentido definir um tempo em semanas.

Entendem, no entanto, que à medida que vai evoluindo a gravidez, o feto vai assumindo uma dignidade crescente, à medida que se nota uma complexidade crescente do ser humano em presença.

É perfeitamente possível avaliar com ecografias realizadas às 7 e às 9 semanas a presumível viabilidade do feto e da gravidez. A definição de tempo neste contexto, é jurídica e política.

---

<sup>44</sup> Posição diferente assumida pela IGAS – Inspeção-Geral das Actividades de Saúde – ver fls. 36, deste relatório.

<sup>45</sup> Sublinhado pela Ordem dos Médicos.





## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

O Senhor Prof. Pereira Coelho falando como obstetra e ginecologista, diz-se convicto sobre a decisão de vontade relativa à IVG; ela é uma postura que raramente se altera. A mulher sabe exactamente ao vem e o que quer.

Entende que a utilização do método medicamentoso responde satisfatoriamente à IVG; no entanto, se for acompanhado de um complemento cirúrgico na ajuda à expulsão de restos ovulares, pode ser um contributo para a prevenção de complicações associadas à retenção. Refere que a ajuda cirúrgica à expulsão como complemento do processo medicamentoso não necessita de qualquer anestesia.

Entende que a resposta medicamentosa se tem mostrado satisfatória; que 8 a 12 horas após a administração da medicação ocorrem a expulsão de um simples coágulo (descolamento), do saco gestacional e/ou placenta e com ele o esvaziamento uterino. Uma simples ecografia realizada de seguida permite, não havendo retenção de restos ovulares, dar o processo por concluído.

Para si, a intervenção cirúrgica é mais susceptível de provocar lesões traumáticas da cavidade, mas também mais confortável para a mulher.

Relativamente à questão dos objectores de consciência admite que há dois tipos de objectores: os de ordem ideológica e os "outros". Admite que relativamente aos "outros" é admissível que poderão ir progressivamente aderindo ao processo.<sup>46</sup>

Entende que alguns estudos apontavam para cerca de 20.000 interrupções da gravidez antes da entrada da lei em vigor; consideram que essa estimativa era correcta.

Entende que no âmbito da Medicina Geral e Familiar já houve mais recursos disponíveis para as mulheres terem uma contracepção eficaz. Neste momento há referências à falha de contraceptivos e limitações à sua disponibilização.

<sup>46</sup> Não explicitou quem seriam os outros.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Foi solicitado por um membro da Comissão Parlamentar de Saúde presente na audição que seja solicitado ao Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar (MGF) a posição sobre a saúde reprodutiva e a relação com a IVG.<sup>47</sup>

Relativamente à isenção de taxas moderadoras, referem que não é entendível a isenção de taxas moderadoras em relação a esta situação bem como a licença de maternidade de que beneficiam, com reembolso de subsídio de doença a 100%.

### **B.5 – ERS – Entidade Reguladora de Saúde<sup>48</sup>**

A Entidade Reguladora da Saúde, no cumprimento da sua missão, e no âmbito das suas atribuições, conforme consagrado no Decreto-Lei nº 127/2009, de 27 de Maio, realizou, como é do conhecimento público, três estudos, onde se tocam, transversalmente, matérias relacionadas com a IVG.

Estes estudos (*Estudo Técnico de Caracterização dos Prestadores Não Públicos de Cuidados de Saúde com Centros de Nascimento*, *Caracterização dos Prestadores Não Públicos de Cuidados de Saúde com Centros de Nascimento (2.º Ciclo)* e *A Segurança do Recém-Nascido em Meio-Hospitalar*), foram publicados no site da ERS ([www.ers.pt](http://www.ers.pt)), respectivamente, em 2 de Abril de 2007, 1 de Março de 2009 e 8 de Junho de 2011, estando disponíveis para consulta.

Muito sumariamente, pretendeu a ERS com os estudos *supra* referidos debruçar-se, nos dois primeiros sobre os centros de nascimento não públicos, a fim de apurar se os cuidados de assistência ao parto são de qualidade satisfatória, e no último sobre os procedimentos existentes em matéria da segurança do recém-nascido em meio hospitalar, seguindo o Despacho n.º 20730/2008, de 7 de Agosto.

Porém, não foi dado nestes estudos um enfoque específico à realização da IVG.

De qualquer modo, visando prestar, da melhor forma possível os esclarecimentos solicitados, cumpre-nos responder:

<sup>47</sup> Foi solicitado o estudo através da Comissão Parlamentar de Saúde, a qual não obteve resposta.

<sup>48</sup> Introdução feita pela entidade.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

### **Perguntas<sup>49</sup>:**

**1 - No âmbito do poder de regulação da actividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, qual o conteúdo dos protocolos a que alude o n.º 2 do artigo 3.º da Portaria n.º 741-A/2007, de 21 de Junho - interrupção voluntária da gravidez?**

A Portaria n.º 741-A/2007, de 21 de Junho, veio estabelecer os procedimentos administrativos e as condições técnicas e logísticas de realização da interrupção voluntária da gravidez em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido, bem como a informação relevante a prestar à grávida para a formação da sua decisão livre, consciente e responsável.

Assim, no que ao acesso a tais serviços respeita, a citada portaria dispõe que a interrupção da gravidez pode ser efectuada nos estabelecimentos de saúde oficiais e nos estabelecimentos oficialmente reconhecidos. Reconhecendo-se no artigo 3.º, n.º 1, daquele diploma legal, que *“a mulher pode livremente escolher o estabelecimento de saúde oficial onde deseja interromper a gravidez, dentro dos condicionamentos da rede de referência aplicável”*. E, por seu turno, o n.º 2 do citado artigo dispõe que *“os estabelecimentos de saúde oficiais de cuidados de saúde primários devem actuar de acordo com os protocolos estabelecidos pela respectiva unidade coordenadora funcional”*.

Dito isto, e indo ao encontro das orientações normativas da Direcção-Geral da Saúde<sup>1</sup>, compete aos hospitais e centros de saúde, através das Unidades Coordenadoras Funcionais, estabelecer protocolos, de modo a implementar canais de comunicação e modelos de referência eficazes, de acordo com os recursos e as facilidades disponíveis nas diferentes instituições, que assegurem o atendimento atempado dos pedidos de interrupção da gravidez e o cumprimento dos prazos legais.

Nesse sentido, independentemente do modelo de complementaridade e articulação de serviços que venha a ser acordado, deve igualmente, ser consignado em protocolo, as competências de cada instituição e de cada profissional envolvido, as formas de comunicação entre os prestadores

<sup>49</sup> Perguntas colocadas pela relatora, para serem respondidas por escrito, face à indisponibilidade de agenda da entidade para comparecer em sede de audição.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

de cuidados e o circuito a percorrer pela mulher. Pelo exposto verifica-se que os protocolos referidos no artigo 3.º, n.º 2 da citada portaria podem revestir diversos conteúdos.

Assim,

Compreendendo as atribuições da ERS *“a regulação e a supervisão e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, no que respeita ao cumprimento dos requisitos de exercício da actividade e de funcionamento e à garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde e dos demais direitos dos utentes”*, nos termos estabelecidos no art. 3.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio;

Consignando-se entre os objectivos da actividade reguladora assegurar o respeito e cumprimento dos *critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei* e garantir os *direitos e interesses legítimos dos utentes* – cfr. al. b) e c) do art. 33.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio;

Sendo certo que no que concretamente se refere ao objectivo regulatório da ERS de *assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde*, as alíneas a) e b) do artigo 35.º do mesmo diploma legal, estabelecem que é incumbência da Entidade *“assegurar o direito de acesso universal e equitativo aos serviços públicos de saúde ou publicamente financiados”* e *“prevenir e punir as práticas de rejeição discriminatória ou infundada de pacientes nos estabelecimentos públicos de saúde ou publicamente financiados”*;

É de concluir que, do ponto de vista da regulação em saúde, compete à ERS garantir que os protocolos estabelecidos entre as distintas instituições respeitam as regras de acesso aos cuidados de saúde.

1 Circular Normativa 11/SR, de 21/06/2007.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

**2 e 3<sup>a</sup> .<sup>50</sup>** - *No sector público, face ao acompanhamento efectuado pela ERS, é possível concluir que os processos de IVG decorrem em observância estrita das normas legais aplicáveis? E no sector privado?*

Relativamente à observância das normas aplicáveis ao processo de IVG não se registou ainda qualquer actividade por parte da ERS.

**4.<sup>a</sup>** - *Numa estreita relação e interdependência, como avalia a excelência clínica em curso, no âmbito da Obstetria e Ginecologia, na dimensão da interrupção voluntária da gravidez?<sup>51</sup>*

**5.<sup>a</sup>** - *Qual o rating atribuído às entidades oficiais e oficialmente reconhecidas, no âmbito da IVG, nos termos da questão do número anterior?*

O Projecto SINAS – Sistema Nacional de Avaliação em Saúde, implementado pela Entidade Reguladora da Saúde – ERS –, procede à avaliação da Qualidade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde em Portugal, dos sectores Público, Privado e Social.

No âmbito do SINAS Hospitais – parte do projecto dedicada aos estabelecimentos com internamento – a avaliação debruçar-se-á sobre cinco parâmetros distintos: Excelência Clínica, Segurança do Doente, Adequação e Conforto das Instalações, Focalização no Utente e Satisfação do Utente.

No que toca à avaliação do parâmetro Excelência Clínica, o SINAS baseia a sua avaliação em indicadores de qualidade fornecidos pela Joint Commission International – JCI, parceiro seleccionado em consórcio com a Siemens através de concurso público internacional. A vasta experiência da JCI permite a utilização de indicadores amadurecidos, com uma sólida base científica e já largamente testados e implementados, que são minuciosamente adaptados à realidade portuguesa por painéis de peritos nacionais.

<sup>50</sup> Aglutinação de perguntas feita pela entidade – ERS.

<sup>51</sup> Aglutinação das respostas 4 e 5



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

O SINAS não menciona a avaliação de serviços, mas sim de áreas, uma vez que, em cada serviço, são analisados procedimentos correspondentes a um número limitado de actos clínicos. Na realidade, não só a JCI como também a Health Grades consideram que a qualidade global de uma instituição pode ser inferida da observação dos procedimentos utilizados em determinados actos-chave, a partir dos quais é extrapolável o (in)cumprimento da Instituição, no seu global, das melhores práticas.

No que se refere em concreto aos indicadores de Obstetrícia, o SINAS está a observar partos vaginais após cesariana, lacerações do perineo de 3.º e 4.º graus, partos electivos, primeiro parto por cesariana e administração pré-natal de esteróides.

Os indicadores de avaliação da área de Ginecologia debruçam-se sobre a selecção e administração do antibiótico profiláctico e à profilaxia do tromboembolismo venoso em utentes submetidas a histerectomias.

Como se pode verificar, nenhum destes indicadores inclui a especificidade solicitada (menção expressa a / selecção de IVG). Assim, e de acordo com o exposto, não nos é possível, com base nos resultados do Projecto SINAS, retirar qualquer conclusão relativamente às instituições e/ou condições em que tal procedimento é executado.

**6º. - De acordo com o reporte das diferentes entidades oficiais e oficialmente reconhecidas para a prática da IVG à ERS, é possível concluir que os números estatísticos apresentados sobre IVG são fiáveis, ou há falhas no processo susceptíveis de distorcer os resultados?**

Não dispõe a ERS de elementos que permitam responder a esta questão.

**7. Face aos indicadores que possuem, é possível concluir:**

**a) – Que a IVG é realizada com total segurança para as mulheres, quer nos estabelecimentos oficiais, quer nos oficialmente reconhecidos para o efeito?**



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

*b) Qual o nível de acompanhamento das mulheres, em termos de consulta de planeamento familiar e de contraceção?*<sup>52</sup>

Não dispõe a ERS de elementos que permitam responder a esta questão, por não lhe ter sido colocada, até ao momento, qualquer situação concreta enquanto fundamento para uma potencial intervenção regulatória.

*8.ª - Tem a ERS recebido reclamações de mulheres que praticam a IVG? Em caso afirmativo, que tipo e percentagem de casos?*

Desde o ano de 2006, e até 29 de Setembro de 2011, deram entrada na ERS um total de 33.126 reclamações. Destas, apenas 15 (0,05%) estão relacionadas com interrupções da gravidez, nos seguintes termos:

6 (seis) processos referem-se a interrupções da gravidez por motivos clínicos (IMG):

IMG. Desumanização do atendimento 1

IMG. Proposta (mas não realizada) por falha no diagnóstico 2

IMG. Questões Administrativas 2

IMG. Recusa do prestador por questões éticas. 1

**IMG - Total 6**

9 (nove) reclamações são relativas a interrupções voluntárias da gravidez (IVG):

IVG. Desumanização do atendimento\* 4

IVG. Qualidade da assistência de cuidados de saúde 2

IVG. Questões administrativas 2

IVG. Recusa na marcação de ecografia obstétrica 1

**IVG - Total 9**

*\* Um destes processos, entrado em Setembro de 2011, encontra-se ainda em curso*

De notar que, com a publicação do Decreto-Lei 156/2005, de 15 de Setembro, posteriormente alterado pelo Decreto-Lei n.º 371/2007, de 6 de Novembro, o Livro de Reclamações passou a ser

<sup>52</sup> ERS aglutinou a resposta às questões contidas nas alíneas a) e b).



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

obrigatório em todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de Saúde dos Sectores Privado e Social. Decorre da conjugação destes dois diplomas com a Lei Orgânica da ERS (Decreto-Lei 127/2009, de 27 de Maio) que é esta Entidade Reguladora a responsável pelo tratamento das exposições ali lavradas.

O chamado “Livro Amarelo” obrigatório nos estabelecimentos do sector público não está contemplado nesta legislação, motivo pelo qual a grande maioria das reclamações recebidas pela ERS é relativa a prestadores dos sectores Privado e Social.

No entanto, a ERS processa todas as reclamações/exposições que dão entrada nos seus serviços, sejam remetidas por correio (postal ou electrónico), lavradas nos Livros de Reclamações dos prestadores de cuidados de saúde ou inseridas no Livro de Reclamações Online, disponível no website da ERS desde 2008.

**9.ª – No âmbito da promoção da melhoria das condições dos cuidados a prestar à mulher que decide pela IVG, quais as que se apresentam como prioritárias, segundo a ERS, para atingir esse objectivo?**

A definição de prioridades neste campo enquadra-se no âmbito da definição de política de saúde.

**10.ª – Em termos de garantia do acesso das mulheres, seja qual for a nacionalidade, será que poderemos afirmar que hoje não há qualquer tipo de limitação ou barreira para as mesmas, no âmbito da prática de IVG?**

A ERS não tem conhecimento de qualquer situação concreta de utentes que houvessem tido qualquer limitação ou barreira de acesso a cuidados no âmbito da IVG por razões de nacionalidade.

**11.ª – É possível afirmar que são transparentes as relações e questões económico-financeiras entre as entidades que maioritariamente praticam IVG medicamentosa e cirúrgica?**

A ERS não tem conhecimento de qualquer situação que lhe permita responder à questão.





## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

**12.ª – Será que podemos afirmar que não há condições financeiras a influenciar o sector público na realização de IVG medicamentoso, quase exclusivamente, e o sector privado o cirúrgico?**

A ERS não tem conhecimento de qualquer situação que lhe permita responder à questão.

**13.ª - Das 900 fiscalizações previstas para o ano de 2011 por parte da ERS, quantas envolvem especificamente as áreas de IVG, nas entidades oficiais e nas oficialmente reconhecidas para o efeito?**

As fiscalizações efectuadas pela ERS, no Departamento de Protecção de Qualidade e dos Direitos dos Cidadãos, podem ter lugar no âmbito de um qualquer processo de inquérito ou mesmo num estudo.

As 900 fiscalizações referidas nesta questão são aquelas que podem ser previamente planeadas e são realizadas fundamentalmente pelo Departamento de Intervenção Jurídica, visando aferir do cumprimento de determinados requisitos legais, como é o registo na ERS.

As áreas de IVG, nos prestadores públicos e não públicos, podem ser objecto de fiscalização pela ERS. No momento, não se encontram agendadas acções de fiscalização especificamente direccionadas a esses serviços/estabelecimentos, independentemente da natureza jurídica do prestador a que respeitem.

**14.ª No âmbito do estudo realizado pela ERS sobre “Consentimento Informado”, há conclusões específicas sobre o mesmo, no que à IVG se refere, por parte da mulher que deve prestá-lo?**

Cabendo no âmbito das suas atribuições assegurar os direitos e interesses legítimos dos utentes, competiu à ERS analisar e reflectir sobre a temática referente ao Consentimento Informado, já que este reflecte uma manifestação de respeito pelo doente enquanto ser humano e constitui o garante de que qualquer decisão tomada assenta nos pressupostos de auto-responsabilização e de liberdade de escolha. Assim, relativamente à questão formulada será de referir que no estudo é afluada a questão do consentimento sob diversas perspectivas.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

No Capítulo 4, concretamente no subtítulo 4.2.5, a respeito do tempo da informação, é dito que “ (...) A informação deve ser fornecida ao paciente com o tempo suficiente para que este possa reflectir sobre a sua decisão (“prazo de reflexão”), de modo que a decisão seja adoptada com a necessária serenidade”. Mais se refere que “(...) Por vezes a lei exige o respeito por determinado prazo de reflexão. Assim acontece, entre nós, com a interrupção voluntária de gravidez, cujo consentimento é prestado “com a antecedência mínima de 3 dias relativamente à data da intervenção” (art. 142º, n.º3, al. a) CP)”.

No subtítulo 4.3.2, relativamente à forma do consentimento, é referido que apesar de vigorar o princípio da liberdade de forma existem algumas intervenções médicas para as quais a lei impõe a forma escrita, como é o caso da interrupção voluntária da gravidez (artigo 142º, n.º3, al. a) do Código Penal).

No mesmo estudo, no subtítulo 4.3.3, no que concerne à intervenção de entidades externas no processo do consentimento informado é, ainda, mencionado que, por vezes, a lei exige a intervenção de entidades terceiras no processo complexo e dinâmico de formação do consentimento informado. Nesse sentido, fazendo-se referência à interrupção voluntária da gravidez, a qual “está sujeita a um controlo procedimental, no qual se exige a certificação das circunstâncias que tornam não punível a interrupção em atestado médico, escrito e assinado antes da intervenção por médico diferente daquele por quem ou sob cuja direcção, a interrupção é realizada (art. 142º, n.º 2)”.

**15ª - No âmbito da produção, recolha e tratamento de águas residuais hospitalares, como se processa o seu tratamento e condução? Clarificando, entram directamente no sistema público de drenagem de águas residuais? Há dados específicos sobre a matéria?**

A produção, recolha e tratamento de águas residuais hospitalares não foi objecto de estudo por esta ERS.

**16ª Em termos de resíduos sólidos, como se processa a eliminação de embriões, fetos e demais material genético, resultante do acto médico de interrupção voluntária da gravidez.**



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Nos termos da legislação aplicável, designadamente, o Despacho n.º 242/96, de 13 de Agosto, as peças anatómicas identificáveis, tais como fetos e placentas integram-se no grupo IV, ou seja resíduos hospitalares específicos e perigosos.

Os resíduos hospitalares devem ser acondicionados de modo a permitir uma identificação clara da sua origem e do seu grupo. Assim, os do grupo IV devem ser armazenados em recipientes de cor vermelha.

Os contentores utilizados para a armazenagem e transporte dos resíduos do Grupo IV devem ser facilmente manuseáveis, resistentes, estaques, mantendo-se hermeticamente fechados, laváveis e desinfectáveis, no caso de uso múltiplo.

Os resíduos do Grupo IV são obrigatoriamente incinerados.

A incineração é um processo industrial de tratamento de resíduos por reacção química de gaseificação de materiais orgânicos combustíveis, num espaço de tempo definido, através da presença forçada de oxigénio atmosférico.

Este processo de decomposição térmica dos resíduos acompanhou o progresso tecnológico, sendo os modernos incineradores de concepção pirolítica de dois estágios (pirólise e termoreactor) regidos pela conjugação de temperatura, tempo de residência e turbulência.

A pirólise ocorre no interior da câmara pirolítica, que opera em meio pobre em oxigénio, a temperatura da ordem dos 850 °C, na qual os resíduos são convertidos em gases combustíveis, cinzas e carvão por carência de oxigénio e sob a influência do calor que é produzido pelo resíduo carbonizado.

No segundo estágio, que sucede no termo-reactor (segunda câmara de combustão), os gases combustíveis são misturados com o ar novo numa proporção adequada e controlada. Seguidamente, processa-se a combustão dos gases de pirólise a temperaturas entre 1100°C e



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

1200º C durante pelo menos dois segundos, na presença de oxigénio em excesso, para garantir a combustão completa. O destino final do resultado deste processo depende do tipo de resíduos originados na queima.

Normalmente do processo de incineração resultam resíduos classificados como cinzas e escórias de fundo e resíduos resultantes do tratamento dos efluentes gasosos, podendo este ser efectuado por via seca ou por via húmida.

Os resíduos resultantes do processo de incineração devem ser sujeitos a ensaios laboratoriais e, se não forem considerados perigosos podem ser depositados em aterro para resíduos não perigosos, caso contrário deverão ser depositados em aterro para resíduos perigosos.

Existe a possibilidade dos metais presentes nas cinzas e escórias de fundo serem encaminhados para valorização.

A energia térmica originada na queima dos resíduos deve ser aproveitada para aquecimento, através da produção de vapor, ou ser utilizada na produção de energia eléctrica.

A verificação e o controlo do processo de incineração constituem, matéria regulamentada, designadamente através do Decreto-Lei n.º 85/2005, de 28 de Abril.

**17.º – Quais as diferentes tabelas de preços que a ERS conhece, no âmbito da IVG:**

***medicamentosa, cirúrgica, em ambulatório, com internamento, com anestesia local, com anestesia geral?***

A ERS obtém tabelas de preços praticadas pelos prestadores sempre que, no quadro de uma intervenção regulatória, tanto se afigure como adequado ou relevante. Consequentemente, não procedeu a qualquer recolha transversal de tabelas de preços no âmbito da IVG que lhe permitisse responder a tal questão.

**18.º Serão que estão apurados os custos do SNS, com a IVG em :**

***2007 - 2008 -2009 -2010***



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

A ERS não teve, até ao momento, qualquer informação relativamente a tais custos.

### ***B.6 – Alto Comissariado para a Saúde***

Contactada esta entidade, no sentido de, no âmbito das atribuições da mesma, ser feita a avaliação transversal da realidade do aborto em Portugal, por estatutariamente ser da sua responsabilidade o acompanhamento e avaliação da execução das políticas e programas do Ministério da Saúde, bem como elaborar, difundir e apoiar a criação de instrumentos de planeamento, acompanhamento e avaliação.

Respondeu a mesma, na pessoa do Senhor Dr. Ponciano Oliveira que as suas competências no âmbito das actividades de avaliação e acompanhamento de políticas de Saúde foram transferidas para a Direcção -Geral de Saúde, por despacho do Senhor Ministro da Saúde, sendo, por isso, esta a entidade competente para o efeito, facto pelo qual não fazia sentido a intervenção desta entidade nesta avaliação.

### ***B.7 – ACT – Autoridade para as Condições do Trabalho***

A esta entidade, na pessoa do Senhor Inspector - Geral do Trabalho – Dr. José Luís Forte, foram colocadas duas questões susceptíveis de poderem aditar esclarecimentos provenientes, eventualmente do mundo do trabalho.

#### ***A saber:***

***1 – No âmbito da avaliação da realidade do aborto em Portugal, há algum reporte ou dados a qualquer título, que permitam concluir que a mulher pode deliberar interromper a sua gravidez para preservar, nalgum momento, o seu posto de trabalho?***

Resposta:



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

“Em resposta ao solicitado e após a recepção da informação de 31 serviços desconcentrados desta Autoridade informo o seguinte:

Não temos qualquer reporte ou dados.”

**2 – Há registos de mulheres que, tendo decidido pela IVG pedem intervenção posterior da ACT, no âmbito das condições de trabalho?**

“Não temos qualquer registo”

### **B.8 – ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.<sup>53</sup>**

A esta entidade foram colocadas questões no âmbito dos custos da interrupção da gravidez, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde e em Portugal em geral.

Respondeu esta entidade, por intermédio do seu Presidente, Dr. João Carvalho das Neves, através do Ofício n.º91/9/COM/2011, de onde se transcrevem alguns dos dados dele constantes.

Assim, relativamente ao âmbito dos custos, refere esta entidade que “A informação que a seguir se apresenta reporta-se aos Hospitais do SNS sobre os quais este Instituto tem responsabilidade directa em termos de contratualização e financiamento. Não inclui por isso os dados relativos a 2007 e 2008 do Hospital Fernando da Fonseca, altura em que aquele hospital tinha contrato de gestão privada com a ARSLVT, nem os dados referentes aos actuais hospitais em regime de Parcerias Públicas Privadas. De igual forma, não inclui os dados relativos às interrupções da gravidez realizadas directamente nas entidades privadas, por procura directa das utentes, bem como os dados relativos às Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira,<sup>54</sup> que não se encontram integradas no SNS.

Começa por apresentar dados sobre a interrupção da gravidez até às 10 semanas em ambulatório, que se transcreve:

**Quadro n.º8 – Tabela I – Interrupção da Gravidez até às 10 semanas em ambulatório - RAM**

*Tabela I – Interrupção da Gravidez até 10 semanas em ambulatório*

*Produção 2007 a 2010*

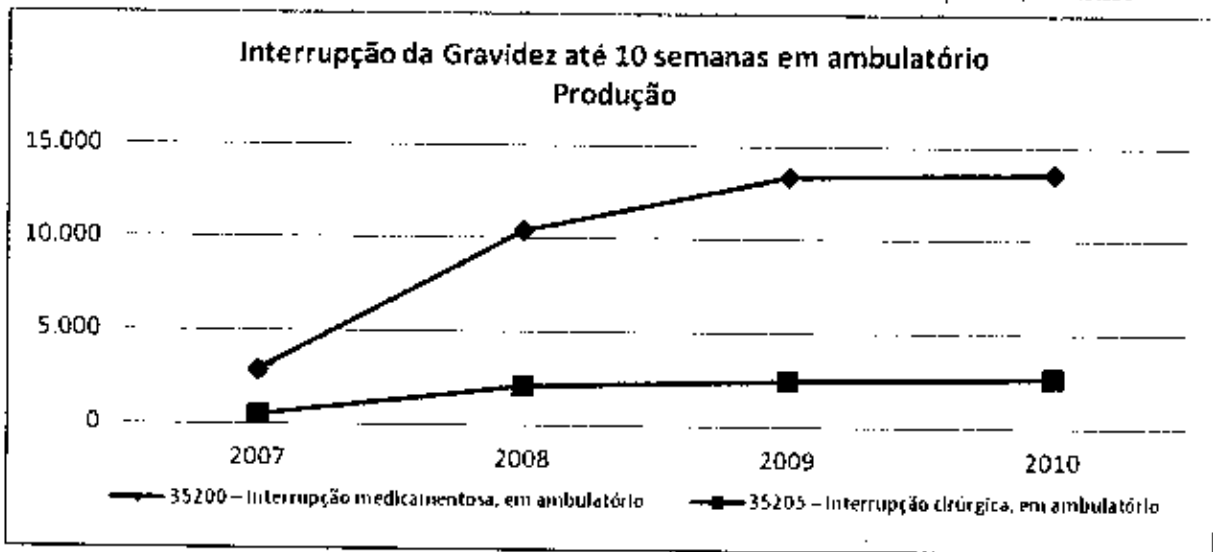
<sup>53</sup> Documento integralmente transcrito pela relatora, por ter sido remetido pela entidade via postal e também em ficheiro PDF.

<sup>54</sup> Os dados sobre custos relativamente à interrupção da gravidez nas Regiões Autónomas da Madeira e Açores consta de tabela autónoma, fornecida pelas próprias Regiões.



# ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Anos	35200 - Interrupção medicamentosa da gravidez, até às 10 semanas de gestação, em ambulatório	35205 - Interrupção cirúrgica da gravidez, até às 10 semanas de gestação, em ambulatório	Total
2007	2.851	459	3.310
2008	10.382	2.109	12.491
2009	13.411	2.402	15.813
2010	13.607	2.669	16.276
<b>Total</b>	<b>40.251</b>	<b>7.639</b>	<b>47.890</b>



Nota: Os dados apresentados referem-se à produção realizada nos hospitais do SNS ou realizada em entidades privadas por referência de hospitais do SNS. Não inclui por isso as interrupções realizadas directamente nas entidades privadas. Conferir dados e introduzir notas.

Remeteu também esta entidade dados relativos à facturação da interrupção da gravidez até às 10 semanas em ambulatório, de acordo com a tabela seguinte:

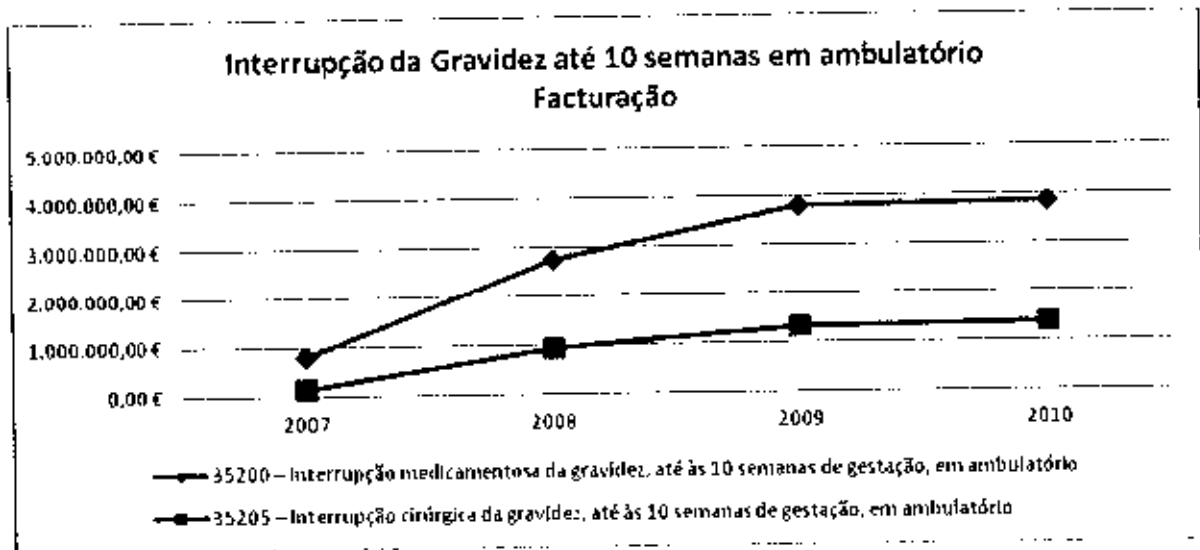
Quadro n.º 9 – Tabela II – Interrupção da gravidez até às 10 semanas em ambulatório

*Tabela II – Interrupção da Gravidez até 10 semanas em ambulatório*  
Facturação 2007 a 2010

Anos	35200 - Interrupção medicamentosa da gravidez, até às 10 semanas de gestação, em ambulatório	35205 - Interrupção cirúrgica da gravidez, até às 10 semanas de gestação, em ambulatório	Total
2007	796.043,22 €	142.107,60 €	938.150,82 €
2008	2.745.107,00 €	936.304,60 €	3.681.411,60 €
2009	3.799.622,15 €	1.341.756,60 €	5.140.378,75 €
2010	3.864.115,20 €	1.380.705,60 €	5.244.820,80 €
<b>Total</b>	<b>11.203.887,57 €</b>	<b>3.800.874,40 €</b>	<b>15.004.761,97 €</b>



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA



De salientar, como a própria entidade refere, que “cerca de 29% corresponde a produção subcontratada a entidades privadas.”

Igualmente foi apresentados pela mesma entidade “ informação dos episódios de interrupção de gravidez codificados e agrupados em GDH<sup>55</sup>(GDH 380 e GDH381, da tabela de preços do SNS, Portaria n.º 132/2009 de 30 de Janeiro, publicado no DR 1.ª Série, n.º21 de 30 de Janeiro de 2009).

Os dados apresentados dizem respeito aos episódios cujo diagnóstico principal tenha sido interrupção da gravidez induzida por indicação legalmente admitida (códigos da CID-9-MC635.00 a 635.92) independentemente do tempo de gestação e do motivo (encontram-se por isso incluídos tanto os motivos legais previstos anteriormente à entrada em vigor da Lei 16/20078, de 17 de Abril, como era o caso das malformações congénitas ou das gravidezes resultantes de crime contra a liberdade e autodeterminação da mulher como, no caso de internamento , as interrupções da gravidez por opção da mulher, motivo introduzido com a entrada em vigor da referida Lei)

<sup>55</sup> GDH – Grupo de Diagnóstico Homogéneo.





## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Quadro n.º 10 – Tabela III – Produção de 2007 a 2010 (Doentes equivalentes)

**Tabela III**  
**Produção 2007 a 2010 (Doentes equivalentes)**

Anos	GDH380 – Abortamento, sem dilatação e curetagem		GDH381 – Abortamento com dilatação e/ou curetagem, curetagem de aspiração e /ou hysterotomia		Total
	Ambulatório	Internamento	Ambulatório	Internamento	
	2007	42	252,13	152	
2008	53	695,31	280	840,00	1.868,31
2009	92	740,03	2,92	848,00	3.772,03
2010	80	705,20	1.890	329,00	3.504,20
<b>Total</b>	<b>267</b>	<b>2.392,65</b>	<b>4.414</b>	<b>2.832,00</b>	<b>9.905,65</b>

Nota: Os dados apresentados referem-se à produção realizada nos hospitais do SNS ou realizada em entidades privadas por referência de hospitais do SNS. Não inclui por isso as interrupções realizadas directamente nas entidades privadas.<sup>56</sup>

Igualmente, a informação apresentada reporta-se à existente na base de dados nacional de GDH, valorizada de acordo com o estipulado nos Contratos-Programa celebrados com os hospitais do SNS.

Assim, de acordo com a Tabela III do Anexo em apreço, a produção desde 2007 totalizou 9.905,65 doentes equivalentes,<sup>57</sup> num total de 17.780.446,60 (Tabela IV)

Assim,

Quadro n.º 11 – Tabela IV – facturação 2007 a 2010

**Tabela IV**  
**Facturação 2007 a 2010**

Anos	GDH 380 – Abortamento, sem dilatação e curetagem		GDH381 – Abortamento com dilatação e/ou curetagem, curetagem de aspiração e /ou hysterotomia		Total
	Ambulatório	Internamento	Ambulatório	Internamento	
	2007	40.976,70 €	381.061,32 €	165.191,44 €	
2008	32.724,11 €	1.007.479,19 €	293.172,40 €	2.617.243,36 €	3.950.619,06 €
2009	41.397,57 €	1.143.932,37 €	2.497.125,27 €	2.686.431,12 €	6.368.886,34 €
2010	36.089,43 €	1.080.532,99 €	2.251.067,21 €	2.622.362,33 €	5.990.031,96 €
<b>Total</b>	<b>151.187,88 €</b>	<b>3.613.005,88 €</b>	<b>5.208.556,33 €</b>	<b>8.809.716,52 €</b>	<b>17.780.446,60 €</b>

Nota: Os dados apresentados referem-se à produção realizada nos hospitais do SNS ou realizada em entidades privadas por referência de hospitais do SNS. Não inclui por isso as interrupções realizadas directamente nas entidades privadas.

<sup>56</sup> Todos os dados e notas são da entidade ACSS.

<sup>57</sup> Os doentes equivalentes, num dado GDH, correspondem aos episódios de internamento que se obtêm após a transformação dos dias de internamento dos episódios de curta duração e dos doentes transferidos de cada GDH, em episódios equivalentes aos episódios típicos ou normais do respectivo GDH.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Igualmente, apresenta-se o total facturado para a interrupção da gravidez induzida independentemente do tempo de gestação, do motivo legal ou da modalidade (internamento ou ambulatório) – 32.785.208,57 €.

Reafirmam que os dados reportados se referem apenas à produção realizada nos hospitais do SNS ou realizada em entidades privadas por referência de hospitais do SNS.

**Quadro n.º 12 – Tabela V – Interrupção da gravidez até 10 semanas em ambulatório+GDH380 – Abortamento, sem dilatação e curetagem + GDH 381 – Abortamento com dilatação e /ou curetagem, curetagem de aspiração e /ou histerotomia**

*Tabela V – Interrupção da gravidez até às 10 semanas em ambulatório + GDH380-Abortamento, sem dilatação e curetagem + GDH381 – Abortamento com dilatação e /ou curetagem de aspiração e /ou Histerotomia.*

Anos	Facturação
2007	2.409.060,07 €
2008	7.632.030,66 €
2009	11.509.265,09 €
2010	11.234.852,76 €
<b>Total</b>	<b>32.785.208,57 €</b>

Nota: Todo o texto e dados estatísticos contidos no ponto IX conforme documentos apresentados pela ERS – Entidade reguladora de Saúde.

### **B.9 – APF – Associação para o Planeamento da Família**

Sobre as questões colocadas no mesmo âmbito, na pessoa da sua Coordenadora Dr.ª Sónia Duarte Lopes, respondeu:

Que interveio nesta audição em representação da Direcção Nacional da Associação para o Planeamento da Família.

APF considera que as mulheres estão hoje mais cientes dos seus direitos relativamente à interrupção voluntária da gravidez. Depois de aprovada a lei, há claramente o “antes” e o “depois”, ou seja a abordagem ao tema da IVG é diferente, mais convicta, mais esclarecida ou com questões mais em concreto, sem medo de as colocar. Em suma, a APF pensa que a Lei 16/2007 representa um enorme passo em frente na saúde e dignidade das mulheres portuguesas. Na essência há mais abertura.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Quando as mulheres aparecem na associação, normalmente não há dúvidas sobre a decisão de IVG.

A entrada em vigor da lei que despenalizou o aborto até às dez semanas, mudou muito o acesso à Linha Opções – linha telefónica da APF à qual as mulheres recorrem para encaminhamento ou esclarecimento de dúvidas sobre a matéria.

A Linha Opções continua, no entanto, a responder às dúvidas de muitas mulheres em situação de gravidez não desejada, a atender reclamações de mulheres face a serviços e profissionais e, desta forma, a ser um excelente observatório neste tema da IVG.

Fez questão de referir que o trabalho desta entidade é feito em articulação com trabalho de jovens, designadamente o Instituto Português da Juventude, Centros de Saúde, Escolas – no âmbito da educação sexual em meio escolar e também formação dos próprios professores. As suas equipas formativas integram psicólogos, antropólogos, técnicos de acção social e sociólogos. Pontualmente, incluem enfermeiros e médicos, no trabalho comunitário.

A APF tem um trabalho muito activo de prevenção da gravidez e maternidade precoce na adolescência e da recidiva de IVG. O seu trabalho é desenvolvido com base na escolha da mulher – quer no âmbito da interrupção, quer no âmbito do acompanhamento se a decisão é prosseguir com a gravidez e, complementarmente, em termos de processo de adopção, quando assim é entendido.

Têm constatado que a gravidez precoce está muito relacionada com ciclos de pobreza. Recebem jovens grávidas encaminhadas quer pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, quer pela Segurança Social, em fase de gravidez ou, muitas vezes, já mães, para acompanhamento em atendimento e em intervenção comunitária.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Continua a haver barreiras no acesso aos cuidados de saúde por dificuldades linguísticas, financeiras, falta de informação sobre a quem e onde recorrer e mesmo barreiras sociais (salas de espera comuns).

Chamou a atenção para as questões dos trabalhadores migrantes devido aos constrangimentos pelo não domínio da língua. Têm já brochuras traduzidas em várias línguas. Refere que cada vez mais deveria haver uma preocupação com a desburocratização, clareza e fácil acesso a estas e outras informações ao público sobre saúde pública, tendo em conta as barreiras linguísticas e de compreensão de textos em geral.

Refere que os jovens são os que têm mais dificuldades, pela experiência de vida, fraca autonomia e hábitos, e, como têm expectativas de encontrar um serviço burocratizado, preferem recorrer, pessoalmente, aos serviços da APF.

Continua a haver abortos realizados fora de unidades de saúde devidamente autorizadas e venda de medicamentos abortivos clandestinamente, sobretudo para populações menos diferenciadas.

Refere expressamente que muitas das mulheres continuam a recorrer à interrupção voluntária da gravidez fora dos locais próprios para o efeito porque não têm conhecimento sobre novas tecnologias, não sabem aceder ao site da APF; têm compreensão baixa; desconhecem como podem fazê-lo e preferem não se expor a profissionais de saúde.

Depois de confirmar com os serviços centrais, a APF informa que não tem nem nunca teve quaisquer informações sobre o procedimento de aborto medicamentoso com uso de CYTOTEC ou outro fármaco no site.

A APF tem, por vezes, testemunhos que afirmam que continuam a existir abortos inseguros feitos com medicamentos que se destinam ao tratamento de outras doenças, que têm como efeito colateral provocar o aborto, designadamente o CYTOTEC – com prescrição habitual para o estômago. Sabe também que existe tráfico desses medicamentos em alguns bairros.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Sobre os problemas de ordem mental, não há indicação clara de que haja doença desta natureza resultante de IVG. Quando ocorrem, a maioria dos casos registados reportam a doença mental já existente.

Questões pouco resolvidas do ponto de vista afectivo e emocional da mulher levam muitas vezes à interrupção voluntária da gravidez (IVG). Daí a importância da educação sexual no processo formativo como medida preventiva.

A APF reafirma que, antes da interrupção voluntária da gravidez (IVG), deve ser garantida a possibilidade de apoio psicológico e social a fim de garantir que a mulher tem todas as condições para tomar uma decisão informada e em plena consciência.

No entanto, este apoio técnico deve ser sempre realizado a pedido da mulher e não deve ser de forma alguma imposto e obrigatório.

Refere que o apoio psicológico, quando solicitado e de acordo com a sua experiência, não é tão necessário pelo aborto em si mesmo, mas antes pelas circunstâncias que rodearam a relação que a ele conduziu.

No entanto, a decisão pelo aborto apresenta-se como um momento de alívio quase na totalidade dos casos, admitindo que há mulheres que alteram a sua decisão na consulta prévia ou no período de reflexão, em especial quando está em causa uma situação de "ambivalência".

Sobre o eventual cansaço das equipas de profissionais em realizar IVGs, desconhece que tal cansaço exista e refere que começa a haver cada vez mais médicos disponíveis para deixar cair a objecção de consciência.

Nos centros de saúde não se tem sentido qualquer tipo de resistência por parte dos profissionais.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

A APF entende que os profissionais de Saúde respeitam, acima de tudo, a mulher e que actuam no sentido de, respeitando integralmente a sua vontade, garantir que a sua escolha é informada e livre de coacção.

Refere categoricamente que a APF não admite que médicos objectores de consciência possam estar presentes na consulta prévia para influenciar ou alterar a decisão da mulher. Porque não se trata de influenciar a decisão, mas garantir que a mesma seja tomada de forma livre, informada e isenta de coacção. Qualquer técnico que procure influenciar a escolha da mulher num sentido ou noutro está a ter um mau desempenho profissional.

Sobre as taxas moderadoras, a APF entende que devem ser discutidas no actual contexto de revisão dos custos dos serviços de saúde, mas não deve ser uma barreira ao acesso das pessoas mais desfavorecidas nem um incentivo ao recurso a métodos clandestinos.

Entende que as taxas devem ser diferenciadas de acordo com a condição social da pessoa em causa; igualmente, entende que não deve haver qualquer penalização em função do número de intervenções realizadas; deve ser aplicável directamente a cada intervenção.

Entende que o planeamento familiar deveria ser mais eficaz no aconselhamento dos métodos contraceptivos, deveria haver um maior acompanhamento da mulher e serviços com respostas mais convenientes e acessíveis. Reforça que, devido a estes constrangimentos, as mulheres faltam a muitas consultas programadas.

Refere ainda que a contracepção de emergência deve ser amplamente divulgada porque constitui uma última hipótese contraceptiva. É um método cujo único risco prende-se com a menor eficácia e não prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). É por isso um método de emergência e não de recurso constante.

A APF não se revê na necessidade de haver licença de maternidade no contexto de interrupção voluntária da gravidez (IVG). Entende que uma coisa é um projecto de maternidade em si mesmo ou mesmo um acidente que ocorre que leva à sua interrupção espontânea; outra é uma decisão



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

de interromper uma gravidez, não devendo, neste caso, ter o mesmo tratamento. A simples situação de baixa médica será a modalidade adequada para o tempo de ausência que vier a mostrar-se necessário para o efeito e apenas quando necessário, o que é muito pouco frequente.

A Associação para o Planeamento da Família (APF) publicou um estudo sobre os dados estatísticos do recurso à Linha Opções.

A APF irá publicar, em breve, um estudo sobre situações que acabam por levar à repetição de IVG, designadamente: as características dos pais, violência doméstica, falência da contraceção, ambivalência sobre a vontade de ter o filho ou não, fim de uma relação.

### ***B.10 – Instituto da Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP – Região Autónoma da Madeira***

Ao Instituto da Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP – RAM, na pessoa do Senhor Dr. Maurício Melim, foram colocadas questões, as quais foram respondidas, como se segue:

***1.ª – É possível afirmar que na Madeira as mulheres que pretendem fazer interrupção voluntária da gravidez a podem fazer em segurança, nas unidades para o efeito?***

Sim

***2.ª - Qual ou quais as principais razões que levam a que muitas mulheres da Madeira venham fazer ao Continente a interrupção voluntária da gravidez?***

Desconheço que se desloquem fora da região. Se tal acontece poderá ser para terem anonimato.

***3.ª - Estão garantidos nos estabelecimentos oficiais a existência de equipas multidisciplinares que permitam que a mulher, na consulta prévia sejam prestados todas as informações e serviços disponibilizados de apoio à maternidade, no sentido de a mesma poder proferir um consentimento informado sobre a IVG que vai realizar?***

Sim



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

**4.ª - Existem consultas de planeamento familiar e de contracepção garantidas para as mulheres que fazem interrupção voluntária da gravidez?**

Sim, para todas as utentes que recorrem à consulta.

**5.ª Há taxas conhecidas de falta da mulher à primeira e posteriores consultas à realização de IVG?**

Sim (ex: 1º semestre de 2011, 9 faltas em 180 primeiras consultas marcadas - 0,2%)

**6.ª - Há apoios especiais à maternidade e de protecção para as mulheres que decidem levar a gravidez por diante?**

As utentes que decidem prosseguir a gravidez, se o desejarem, mantêm vigilância na nossa consulta de alto risco do hospital. Casos sociais desfavorecidos são enviados para a consulta com a assistente social.

**7.ª - Há algum registo ou números estimados de mulheres que se arrependem num segundo momento em relação à prática de uma IVG?**

Não temos acesso ao número de mulheres que efectuaram interrupção da gravidez e que depois se arrependeram mas temos acesso ao número delas que recorreram à recorreram à 1ª consulta e depois decidiram prosseguir gravidez.

**8.ª - Na Madeira, as mulheres que praticam IVG no período posterior estão em licença de maternidade ou de baixa médica?**

Não, só nos casos em que ocorreu alguma complicação (ex anemia por hemorragia excessiva...)

**9.ª - Quais os custos da IVG quer nos estabelecimentos oficiais quer oficialmente reconhecidos para a prática de IVG para as mulheres da Madeira, nos anos seguintes:**

Os custos reais de cada interrupção não estão contabilizados no nosso hospital. Estes não podem ser contabilizados de igual modo para todas as interrupções. Todas elas têm, pelo menos, 1ª consulta + ecografia obstétrica de datagem, 2ª consulta onde efectuam tratamento médico /





## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

cirúrgico, 3ª consulta para reavaliação da eficácia do método + ecografia ginecologia + consulta de planeamento familiar e acesso gratuito ao método de planeamento escolhido.

Preço tabelado de cada Interrupção medicamentosa - 342 euros

Preço tabelado de cada Interrupção cirúrgica – 444 euros

Quadro n.º13 - Nº de IV por opção da mulher e custos associados, na Madeira.

<i>IVG e custos associados na Região Autónoma da Madeira</i>						
	<i>Nº IM</i>	<i>Custo IM</i>	<i>Nº IC</i>	<i>Custo IC</i>	<i>Deslocações</i>	<i>Estadias</i>
2º Semestre 2007	0	0	0	0	?	?
2008	173	59.166 €	1	444 €	0	0
2009	245	83.790 €	0	0	0	0
2010	280	95.760 €	0	0	0	0
1º Semestre de 2011	134	45.828 €	0	0	0	0
<b>Totais</b>	<b>832</b>	<b>284.544 €</b>	<b>1</b>	<b>444 €</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Nota: Inclui no custo das interrupções médicas aquelas que foram médicas e que por ineficácia do método foram também cirúrgicas. Todos os dados de acordo com o documento remetido pelo Instituto da Administração da Saúde

**10.ª – Há alguma evidência que na Madeira continua a haver a prática de IVG ilegalmente?**

Provavelmente sim, pois alguns casos em que o prazo legal das 10 semanas foi ultrapassado nunca pariram na região.

**11.ª Há alguma evidência que antes da entrada da lei que permitiu a legalização do aborto até às 10 semanas, havia um maior número de abortos do que existe hoje?**

Não.

**12.ª No Hospital do Funchal estão reunidas as condições necessárias para que seja disponibilizado à mulher IVG medicamentoso ou cirúrgico?**

Sim

**13.ª Em caso afirmativo, porque se deslocam ao Continente para tal?**

Desconheço que se desloquem ao Continente. As que foram não recorreram ao hospital para IVG. No hospital não há limite de nº interrupções nos 2 dias semanais que decorrem na nossa instituição.

Motivo possível – anonimato



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

**14.ª** *Quais os custos médios suportados pelo Governo Regional com a deslocação para IVG ao Continente, tendo em conta: Viagens, estadia, acompanhante e acto cirúrgico (com anestesia local ou geral)*

Não deverão existir custos para deslocação pois a região dá resposta a 100% das solicitações.

**B.11** – *A Secretaria Regional da Presidência da Região Autónoma dos Açores remeteu a respostas às questões formuladas<sup>58</sup>, que se transcrevem.. Assim:*

**“1.ª** – *É possível afirmar que nos Açores, com a dispersão que se conhece, as mulheres que pretendem fazer interrupção voluntária da gravidez a podem fazer em segurança, nas unidades para o efeito?*

Sim. AS condições de atendimento e referenciação estão salvaguardadas em protocolos estabelecidos entre as Unidades de saúde (US) de origem e as de destino, de forma a garantir a melhor assistência e acompanhamento nos diferentes níveis, em tempo útil, às mulheres que pretendem fazer IVG.

**2.ª** - *Qual ou quais as principais razões que levam a que muitas mulheres da Madeira venham fazer ao Continente a interrupção voluntária da gravidez?*

Dos 3 Hospitais da região, o Hospital da Horta, EPE foi, de Julho de 2007 a maio de 2011, a única US a praticar IVG.

E, apenas, a partir de Maio de 2011 o Hospital do Divino Espírito Santo, EPE (Ponta Delgada) iniciou a prática de IVG, sendo actualmente, a única US da SRS a efectua-la.

Considerando as solicitações das utentes e a capacidade de resposta das US a praticar a IVG, o recurso aos estabelecimentos do Continente torna-se imperativo, tendo em conta a desejável celeridade associada ao processo.

<sup>58</sup> Respostas recebidas a 13 de Dezembro de 2011, em ficheiro PDF, transcritas pela deputada relatora..



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

**3.ª - Estão garantidos nos estabelecimentos oficiais a existência de equipas multidisciplinares que permitam que à mulher, na consulta prévia, sejam prestados todas as informações e serviços disponibilizados de apoio à maternidade, no sentido de a mesma poder proferir um consentimento informado sobre a IVG que vai realizar?**

Sim. Os circuitos internos nas US que realizam a consulta prévia prevêm tanto o acompanhamento por profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) como por psicólogos e assistentes sociais, que realizam todas as intervenções necessárias à tomada de decisão por parte da mulher, tal como disposto nos artigos 16.º e 18.º da portaria n.º741-A/2007, de 21 de Junho (aplicável à RAA com as devidas especificidades determinadas na Portaria da RAA n.º51/2007, de 8 de Janeiro).

**4.ª Existem consultas de planeamento familiar e de contraceção garantidas para as mulheres que fazem interrupção voluntária da gravidez?**

Tal como disposto no ponto 3 do artigo 19.º da portaria n.º 741-A/2007, de 21 de Junho (Aplicável à RAA com as devidas especificidades determinadas na Portaria n.º 51/2007, de 8 de Janeiro), os circuitos de atendimento em IVG nas US do SRS prevêm a realização de consulta de planeamento familiar posterior ao procedimento, bem como a disponibilização de contraceção, considerando que a mesma é garantida, actualmente, pela Portaria n.º22/2011, de 4 de Abril.

**5.ª Há taxas conhecidas de falta da mulher à primeira e posteriores consultas à realização de IVG?**

Não temos dados que permitam aferir tais taxas.

**6.ª Há apoios especiais à maternidade e de protecção para as mulheres que decidem levar a gravidez por diante?**

Não existem apoios específicos para o efeito.

As medidas são gerais e encontram-se estabelecidas por lei.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

<http://www2.seg-social.pt/left.asp?02.11.05>

Na área da Saúde releva ainda a isenção de taxas moderadoras e a cobertura assistencial no Serviço Regional de saúde, existindo nos 3 hospitais EPE, do SRS, serviços de obstetrícia, considerando a dispersão geográfica da RRA.

Finalmente, salienta-se a existência da unidade de evacuações, área que funciona 24 horas, que, em caso de parto iminente ou critério clínico para deslocação de emergência, efectua a evacuação da grávida.

**7.º** Há algum registo ou números estimados de mulheres que se arrependem num segundo momento em relação à prática de uma IVG?

Não existem dados sobre este ponto.

**8.º** Nos Açores, as mulheres que praticam IVG, no período posterior estão em licença de maternidade ou de baixa médica?

As mulheres têm os direitos consagrados na Lei para tal efeito.

Assim, no código do Trabalho está prevista a licença por interrupção da gravidez, a saber:

“1 – Em caso de interrupção da gravidez, a trabalhadora tem direito a licença com duração entre 14 e 30 dias.

2 – Para o efeito previsto no número anterior, a trabalhadora informa o empregador e apresenta, logo que possível, atestado médico com a indicação do período da licença”

**9.º** Quais os custos da IVG quer nos estabelecimentos oficiais quer oficialmente reconhecidos para a prática de IVG para as mulheres dos Açores, nos anos seguintes:

a) 2.º Semestre de 2007 – Medicamentoso	Cirúrgico	Deslocações	Estadias	
b) Ano 2008	- Medicamentoso	Cirúrgico	Deslocações	Estadias
c) Ano 2009	- “	“	“	“
d) Ano 2010	- “	“	“	“



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

### Ano de 2007 (Julho a Dezembro)

Tipo IVG	Região	N.º Casos IVG realizados Dias Internamento	Custo
Total Geral	45	49	33.032,48 €
AC – Ambulatório Cirúrgica	1	-	444,00 €
AI – Amb. Medic.+Inter. Cirúrgico	15	41	21.231,75 €
AM – Ambulatório Medicamentosa	26	-	8.866,00 €
IM – Internamento Medicamentosa	3	8	2.489,73 €

Fonte: Direcção Regional da Saúde.

### Ano de 2008

Tipo IVG	Região	N.º Casos IVG realizados Dias internamento	Custo
Total Geral	115	124	94.989,77 €
AI – Amb. Medic.+Inter. Cirúrgico	49	115	69.357,05 €
AM – Ambulatório Medicamentosa	62	-	21.142,00 €
II – Inter. Medic.+Inter. Cirúrgico	2	5	2.830,90 €
IM – Internamento Medicamentosa	2	4	1.659,82 €

Fonte: Direcção regional de Saúde.

Ano de 2009 – Dados não foram remetidos.<sup>59</sup>

### Ano de 2010

Tipo IVG	Região	N.º Casos IVG realizados Dias internamento	Custo
Total Geral	57	34	33.308,22 €
AI – Amb. Medic.+Inter. Cirúrgico	11	27	15.569,95 €
AM – Ambulatório Medicamentosa	43	-	14.663,00 €
II – Inter. Medic.+Inter. Cirúrgico	1	3	1.415,45 €
IM – Internamento Medicamentosa	2	4	1.659,82 €

Fonte: Direcção Regional da Saúde.

10.ª – Há alguma evidência que nos Açores continua a haver a prática de IVG ilegalmente?

Não temos dados que consubstanciem a resposta.

11.ª Há alguma evidência que antes da entrada em vigor da lei que permitiu a legalização do aborto até às 10 semanas, havia um maior número de abortos do que existe hoje?

<sup>59</sup> Desconhece-se se não existem os dados ou se pura e simplesmente foi um lapso. Foi a entidade questionada por carta datada de 13 de Dezembro de 2001, aguardando-se resposta, até esta data, tendo sido recebido aviso de recepção da carta remetida.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Não temos dados que consubstanciem resposta.

**12.º No Hospital da Horta estão reunidas as condições necessárias para que seja disponibilizado à mulher IVG medicamentosa ou cirúrgica?**

O Hospital da Horta deixou de fazer IVG. Agora só se realizam no Hospital de Ponta Delgada. No Hospital da Horta estavam reunidas as condições para disponibilizar à mulher IVG medicamentosa e cirúrgica. Essas condições também existem agora no Hospital de Ponta Delgada.<sup>60</sup>

**13.º Em caso afirmativo, porque se deslocam ao Continente para tal?**

Como já foi referido na resposta 2, considerando a capacidade de resposta do Hospital de Ponta Delgada (apenas um médico faz IVG), o recurso aos estabelecimentos do continente torna-se imperativo, tendo em conta a desejável celeridade associada ao processo.

**14.º - Quais os custos médios suportados pelo Governo Regional com a deslocação para IVG ao Continente, tendo em conta: Viagens, estadia, acompanhante e acto cirúrgico (com anestesia local ou geral)**

Os custos são os inerentes ao estipulado no regulamento de deslocações de doentes do serviço Regional de Saúde na Região Autónoma dos Açores, intra e inter-ilhas, para fora da região, ou para o estrangeiro aprovado pela Portaria n.º 66/2010 de 30 de Junho de 2010.

Esse diploma aprova também a tabela de comparticipação diária na deslocação dos referidos doentes e seus acompanhantes.

Em relação aos custos relativos ao acto de IVG, estes encontram-se apresentados na resposta 9.<sup>61</sup>

<sup>60</sup> Não enunciadas as razões pelas quais havendo condições para disponibilizar à mulher IVG medicamentosa ou cirúrgica no Hospital da Horta, elas se deixaram de realizar, existindo essas condições agora no Hospital de Ponta Delgada, podendo concluir-se pela sua realização nesta unidade, segundo a relatora.

<sup>61</sup> Não foi respondida a questão, face ao número de actos praticados no Continente, provenientes da região Autónoma dos Açores. Ver Quadro n.º



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

### B.12 – Parecer da 1.ª Comissão Parlamentar – Direitos, Liberdades e Garantias.

A Comissão de Saúde, atendendo às questões éticas que a aprovação da Lei que excluiu a ilicitude da interrupção voluntária da gravidez até às dez semanas, solicitou parecer à Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias sobre a petição em análise.

Esta Comissão apenas se pronunciou sobre a questão da protecção à vida humana desde a concepção e o respeito pelo direito à vida.

A lei n.º 16/2007, de 17 de Abril depois a sua entrada em vigor foi objecto de apreciação de constitucionalidade, pelo Tribunal Constitucional, através do acórdão n.º 75/2010. A questão fulcral situava-se em saber se

*“(…) o Estado cumpre ou não o dever que sobre ele impende de protecção da vida intra-uterina.”*

A decisão foi no sentido de não verificação de inconstitucionalidade, por violação do artigo 24.º, n.º1 da Constituição, conforme documento em anexo ao presente relatório, que dele faz parte integrante e aqui se dá por reproduzido para todos os devidos e legais efeitos, sob a designação de Anexo IX.

### C – Outros Dados Estatísticos

Quadro n.º 14 – IG por opção da mulher, por número de filhos.

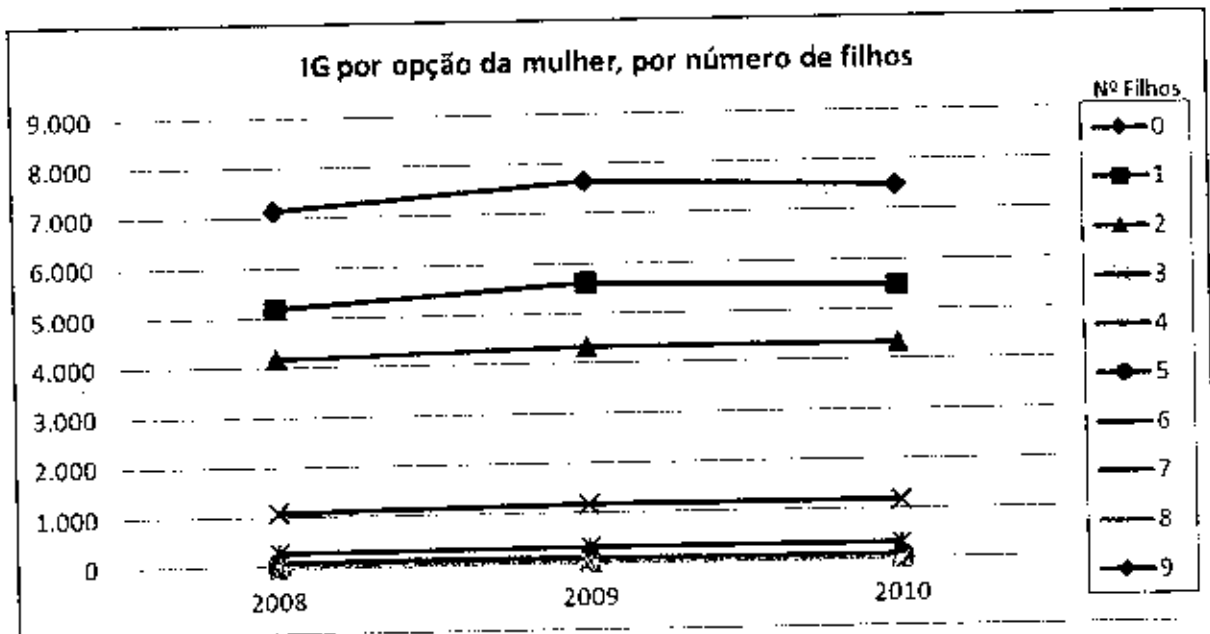
N.º Filhos	IG por opção da mulher, por número de filhos							
	Ano de 2008 *		Ano 2009 **		Ano 2010		Ano 2011	
	N.º IVG	%	N.º IVG	%	N.º Filhos	%	N.º Filhos	%
0	7.144	39,66%	7.651	39,80%	7760	39,67%	7923	40,01%
1	5.195	28,84%	5.614	29,21%	5687	29,07%	5.831	29,45%
2	4.173	23,17%	4.330	22,53%	4462	22,81%	4423	22,34%
3	1.087	6,03%	1171	6,09%	1211	6,19%	1181	5,96%
4	278	1,54%	316	1,64%	320	1,64%	303	1,56%
5	90	0,50%	95	0,49%	79	0,40%	91	0,46%
6	32	0,18%	28	0,15%	30	0,15%	24	0,12%
7	8	0,04%	10	0,05%	6	0,03%	10	0,05%
8	3	0,02%	5	0,03%	2	0,01%	4	0,02%
9	1	0,01%	2	0,01%	2	0,01%	4	0,02%
10	1	0,01%	-	-	1	0,01%	3	0,02%****
17	1	0,01%	-	-	-	-	-	-
20	1	0,01%	-	-	-	-	-	-
<b>Total Corrigido</b>	<b>18.014</b>	<b>100%</b>	<b>19.222</b>	<b>100%</b>	<b>19.560</b>	<b>100%</b>	-	-
<b>Total Inicial</b>	<b>17.511</b>	<b>100%</b>	<b>18.951</b>	<b>100%</b>	<b>18.911</b>	<b>100%</b>	<b>19802</b>	<b>100%</b>
<b>Desvio</b>	<b>503</b>	<b>2,87%</b>	<b>271</b>	<b>1,43%</b>	<b>649</b>	<b>3,43%</b>	-	-

\* DGS - Valores corrigidos em Março de 2010.



# ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

- \*\* DGS - Valores corrigidos em Março de 2011.
- \*\*\*DGS - Valor Total corrigido sem dados desagregados - 19.372, em 11.10.201, com publicação actualizada de dados em Abril de 2011, relativos a 2010..
- \*\*\*\* - A DGS agregou os dados relativamente a ao número de 10 e mais filhos.
- Dados Estatísticos do INE/DGS.



Quadro n.º 15 - IG por opção da mulher, por número de IG Anteriores.

N.º IVG Anteriores	IG por opção da mulher, por número de IG anteriores							
	Ano 2008*		Ano 2009**		Ano 2010		Ano 2011	
	N.º IVG	%	N.º IVG	%	N.º IVG	%	N.º IVG	%
0	14.465	80,30%	15.218	79,17%	14.771	75,52%	14.672	74,09%
1	2.742	15,22%	3.148	16,38%	3788	19,37%	4039	20,40%
2	574	3,19%	595	3,10%	745	3,81%	826	4,17%
3	145	0,80%	149	0,78%	155	0,79%	173	0,87%
4	35	0,19%	51	0,27%	56	0,29%	53	0,27%
5	28	0,16%	32	0,17%	27	0,14%	18	0,09%
6	11	0,06%	12	0,06%	10	0,05%	7	0,04%
7	4	0,02%	6	0,03%	2	0,01%	3	0,02%
8	2	0,01%	3	0,02%	-	-	3	0,02%
9	2	0,01%	1	0,01%	2	0,01%	****	****
>= 10	6	0,03%	7	0,04%	4	0,03%	8	0,04%
Total Corrigido	18.014	100%	19.222	100%	19.560	100%	19.802	100%
Total Inicial	17.511	100%	18.951	100%	18.911	100%	-	-
Desvio	503	2,87%	271	1,43%	649	3,43%	-	-





# ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

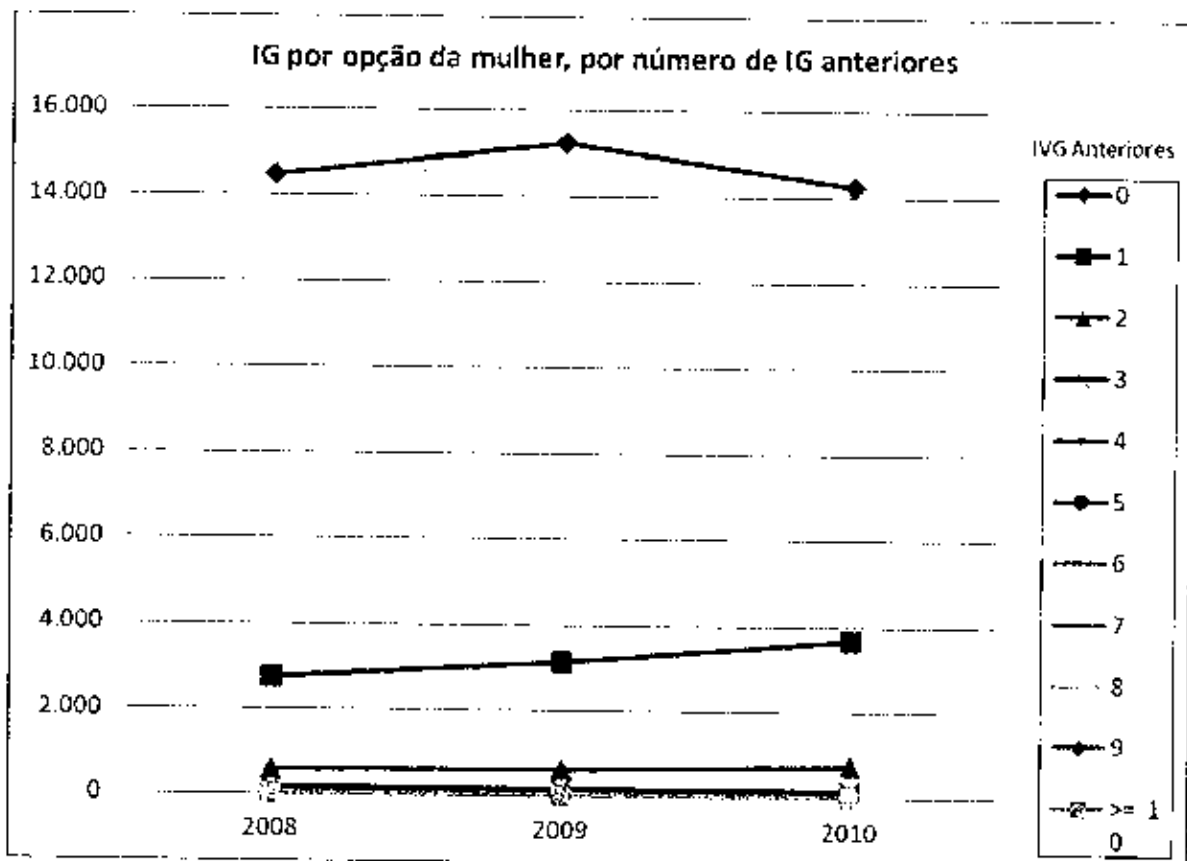
\* DGS - Valores corrigidos em Março de 2010.

\*\* DGS - Valores corrigidos em Março de 2011.

• \*\*\* DGS - Valor Total corrigido sem dados desagregados - 19.372, em 11.10.2010, com publicação actualizada de dados em Abril de 2012, relativos a 2010.

\*\*\*\* Nos anos anteriores estes dados eram desagregados. Relativamente a 2011 os dados de 9 e 10 e mais filhas foram agregados.

Dados Estatísticos do INE/DGS.



**Quadro n.º 16 - Interrupções Voluntárias de Gravidez por Classe Etária da Mulher**

*Interrupções voluntárias da gravidez por classe etária da mulher*

Classe etária	Ano 2008*		Ano 2009**		Ano 2010*		Ano 2011****	
	N.º IVG.	%	N.º IVG	%	N.º IVG	%	N.º IVG	%
<15	97	0,54%	128	0,67%	105	0,52%	82	0,41%
15-19	2.085	11,57%	2.258	11,75%	2292	11,38%	2234	11,28



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

20-24	3.876	21,52%	4.212	21,91%	4384	21,77%	4.481	22,63%
25-29	4.071	22,60%	4.293	22,33%	4444	22,07%	4.310	21,77%
30-34	3.882	21,55%	4.044	21,04%	4179	20,75%	4068	20,54%
35-39	2.709	15,04%	2.934	15,26%	3285	16,31%	3270	16,51%
40-44	1.180	6,55%	1.220	6,35%	1300	6,46%	1232	6,22%
45-49	110	0,61%	127	0,66%	128	0,64%	110	0,56%
>= 50			3	0,02%	3	0,01%	3	0,02%
Desconhecida	4	0,02%	3	0,02%	17	0,08%	12	0,06%
<b>Total Corrigido</b>	<b>18.014</b>	<b>100%</b>	<b>19.222</b>	<b>100%</b>	<b>19560</b>	<b>100%</b>	-	-
<b>Total Inicial</b>	<b>17.511</b>	<b>100%</b>	<b>18.951</b>	<b>100%</b>	<b>18.911</b>	<b>100%</b>	<b>19.802</b>	<b>100%</b>
<b>Desvio</b>	<b>503</b>	<b>2,87%</b>	<b>271</b>	<b>1,43%</b>	<b>649</b>	<b>3,43%</b>	-	-

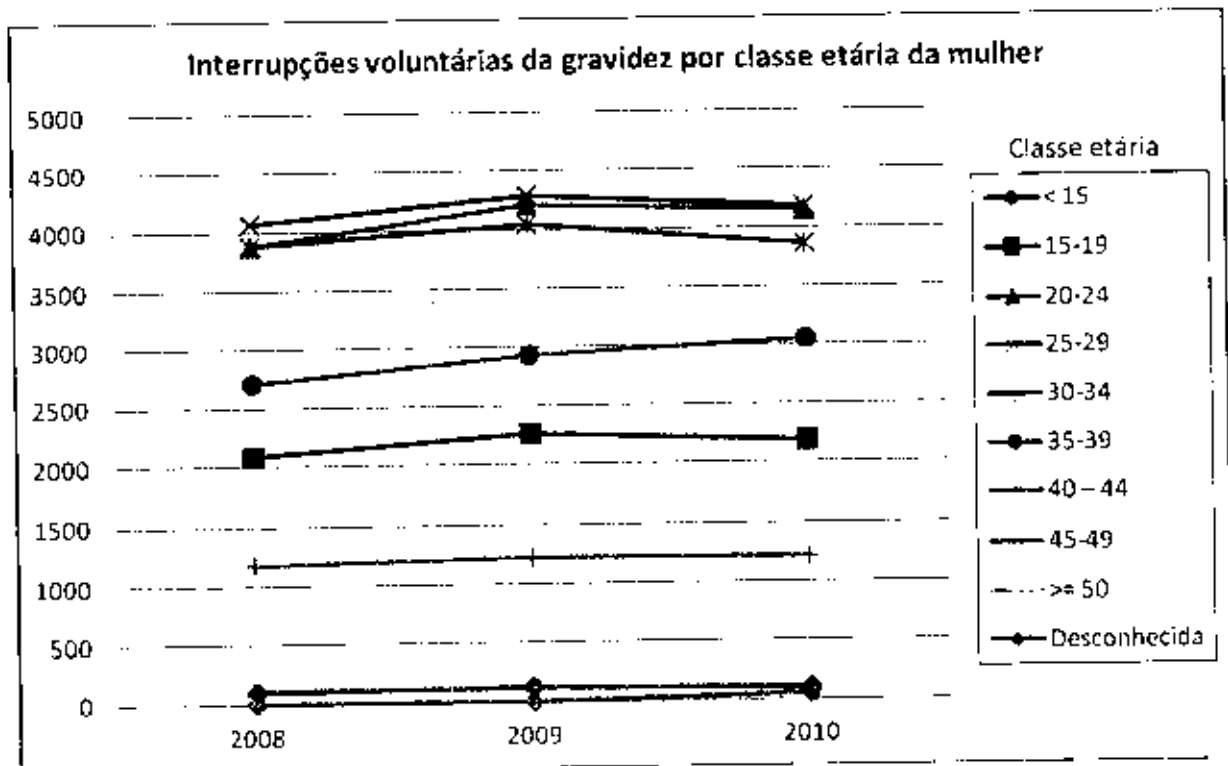
\* DGS - Valores corrigidos em Março de 2010.

\*\* DGS - Valores corrigidos em Março de 2011.

\*\*\*DGS - Valor Total corrigido sem dados desagregados - 19.372, em 11.10.2011, e publicados desagregadamente em Abril de 2012.

\*\*\*\* Dados Iniciais publicados a Abril de 2012.

Dados Estatísticos do INE/DGS.





## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Quadro n.º 17 - IG por opção da mulher, por grau de instrução da mulher

Grau Instrução	Ano 2008*		Ano 2009**		Ano 2010		Ano 2011****	
	N.º IVG	%	N.º IVG	%	N.º IVG	%	N.º IVG	%
Não sabe ler nem escrever	69	0,38%	56	0,29%	54	0,28%	59	0,30%
Sabe ler sem frequência escolar	65	0,36%	49	0,25%	41	0,21%	42	0,21%
E. Básico – 1.º Ciclo	1.326	7,36%	1.172	6,10%	1001	5,12%	772	3,90%
E. Básico – 2.º Ciclo	3.140	17,43%	3.056	15,90%	2872	14,68%	2.599	13,12%
E. Básico – 3.º Ciclo	4.464	24,78%	5.098	26,25%	5233	26,75%	5.544	28,00%
E. Secundário	5.708	31,69%	6.200	32,25%	6619	33,84%	6919	34,94%
E. Superior	3.221	17,88%	3.566	18,55%	3710	18,97%	3.833	19,36%
Desconhecido	21	0,12%	25	0,13%	30	0,15%	34	0,17%
<b>Total Corrigido</b>	<b>18.014</b>	<b>100%</b>	<b>19.222</b>	<b>100%</b>	<b>19560</b>	<b>100%</b>	-	-
Total Inicial	17.511	100%	18.951	100%	18.911	100%	19802	100%
<b>Desvio</b>	<b>503</b>	<b>2,87%</b>	<b>271</b>	<b>1,43%</b>	<b>649</b>	<b>3,43%</b>	-	-

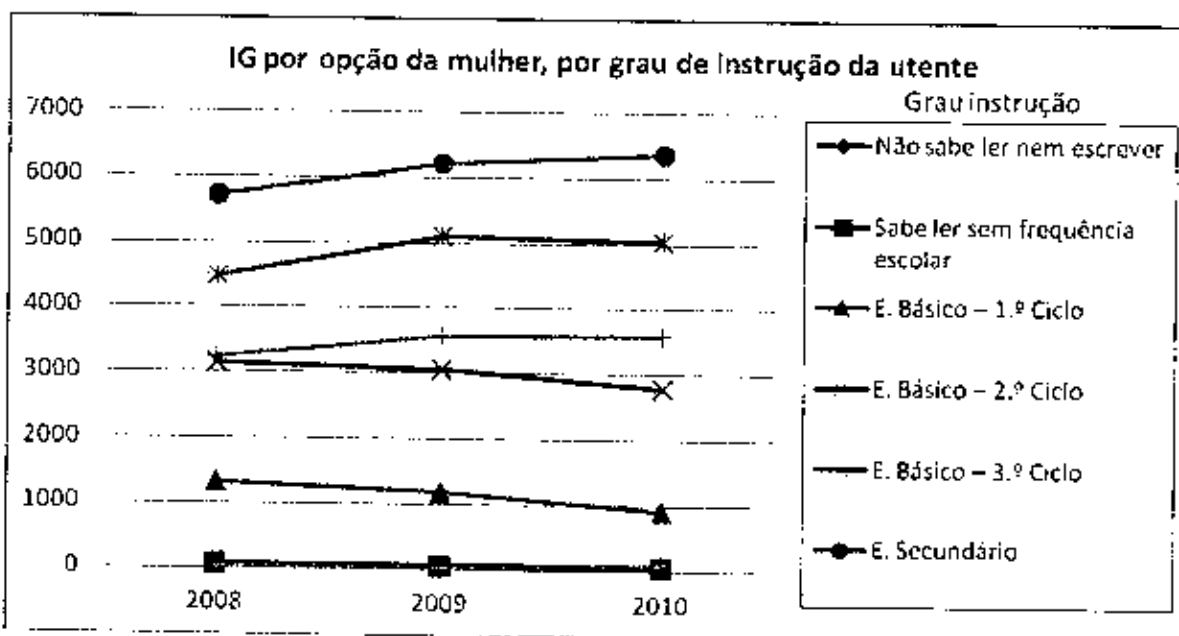
\* DGS - Valores corrigidos em Março de 2010.

\*\* DGS - Valores corrigidos em Março de 2011.

\*\*\* DGS - Valor Total corrigido sem dados desagregados – 19.372, em 11.10.2011 e corrigidos em Abril de 2012.

\*\*\*\* Dados publicados em Abril de 2012 pela DGS.

Dados Estatísticos do INE/DGS.





# ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Quadro n.º18 - IG Por opção da mulher, por distrito de residência da utente.

Distrito	IG Por opção da mulher, por distrito de residência da utente							
	Ano 2008*		Ano 2009**		Ano 2010		Ano 2011****	
	N.º IVG	%	N.º IVG	%	N.º IVG	%	N.º IVG	%
Aveiro	676	3,75%	737	3,83%	745	3,81%	821	4,15%
Beja	250	1,39%	323	1,68%	371	1,90%	261	1,32%
Braga	638	3,54%	728	3,79%	724	3,70%	783	3,95%
Bragança	153	0,85%	143	0,74%	173	0,88%	179	0,87%
C. Branco	224	1,24%	252	1,31%	269	1,38%	237	1,20%
Coimbra	643	3,57%	724	3,77%	584	2,99%	782	3,95%
Évora	204	1,13%	202	1,05%	234	1,20%	239	1,21%
Faro	1.287	7,14%	1.347	7,01%	1325	6,77%	1376	6,95%
Guarda	141	0,78%	183	0,69%	173	0,88%	139	0,70%
Leiria	698	3,87%	729	3,79%	672	3,44%	699	3,53%
Lisboa	6.594	36,6%	6.881	35,80%	6972	35,64%	6940	35,05%
Portalegre	123	0,68%	112	0,58%	133	0,68%	165	0,83%
Porto	2.508	13,92%	2.638	13,72%	2735	13,99%	2821	14,25%
Santarém	633	3,51%	621	3,23%	714	3,65%	683	3,45%
Setúbal	2.064	11,57%	2.137	11,3%	2380	12,17%	2397	12,10%
V. Castelo	195	1,08%	205	1,07%	193	0,99%	203	1,03%
Vila Real	167	0,93%	159	0,83%	214	1,09%	223	1,13%
Viseu	427	2,37%	460	2,39%	481	2,46%	452	2,28%
Açores	190	1,05%	158	0,82%	129	0,66%	132	0,67%
Madeira	179	0,99%	248	1,29%	285	1,46%	276	1,39%
Desconhecido			249	1,30%				
<b>Total</b>	<b>18.014</b>	<b>100%</b>	<b>19.222</b>	<b>100%</b>	<b>19.560</b>	<b>100%</b>		
<b>Corrigido</b>								
<b>Total inicial</b>	<b>17.511</b>	<b>100%</b>	<b>18.951</b>	<b>100%</b>	<b>18.911</b>	<b>100%</b>	<b>19802</b>	<b>100%</b>
<b>Desvia</b>	<b>503</b>	<b>2,87%</b>	<b>271</b>	<b>1,43%</b>	<b>649</b>	<b>3,43%</b>		

\* OGS - Valores corrigidos em Março de 2010.

\*\* DGS - Valores corrigidos em Março de 2011.

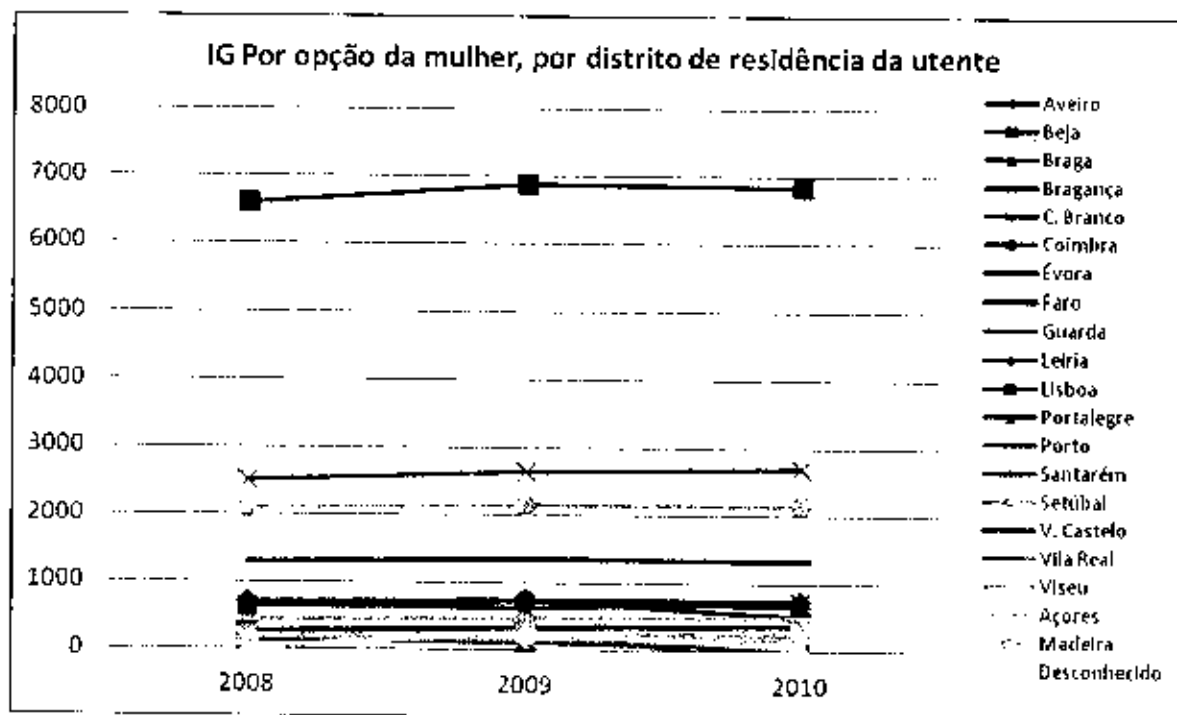
\*\*\*DGS - Valor Total corrigido sem dados desagregados - 19.372, em 11.10.201, sendo posteriormente desagregados corrigidos e publicados em Abril de 2012.

\*\*\*\* Dados publicados em Abril de 2012.

Dados Estatísticos do INE/DGS.



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

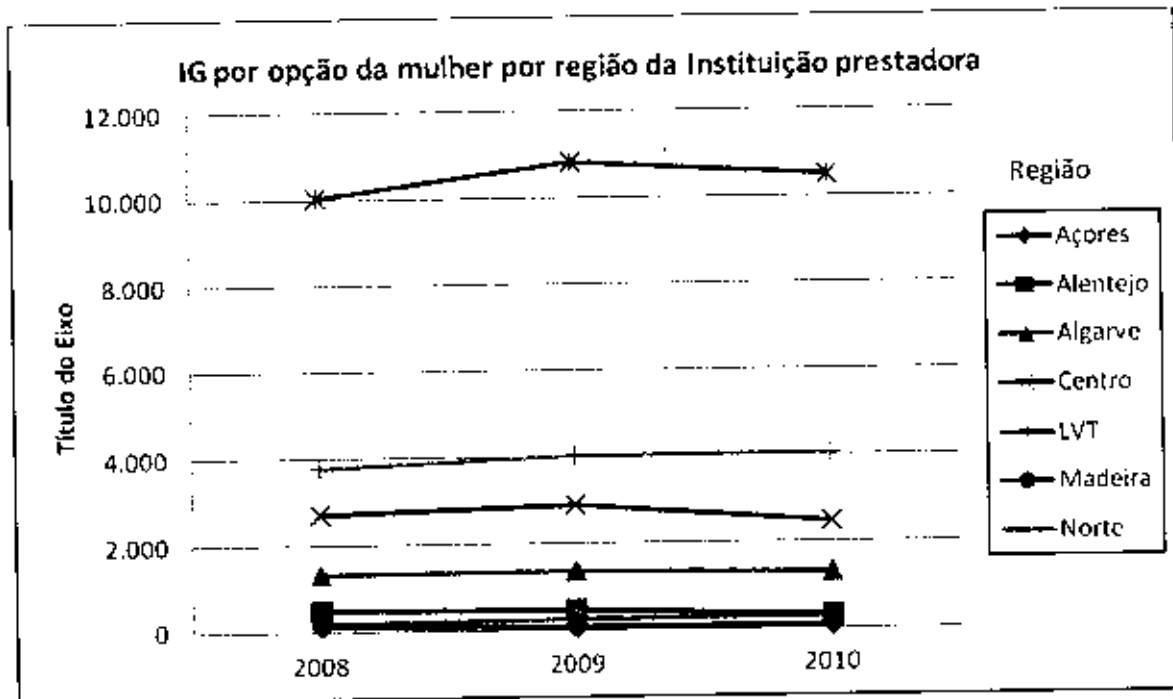


Quadro n.º 19 – IG por opção da mulher por região de saúde da Instituição prestadora.

Ano	IG por opção da mulher por região de saúde da Instituição							
	Ano 2008*		Ano 2009**		Ano 2010		Ano 2011	
Região	N.ºIG	% IG	N.ºIG	% IG	N.ºIG	% IG	N.ºIG	%
Açores	115	0,62%	59	0,30%	57	0,29%	11	0,06%
Alentejo	480	2,58%	447	2,25%	452	2,31%	203	1,0%
Algarve	1.312	7,05%	1.364	6,87%	1.301	6,65%	1.265	6,39%
Centro	2.712	14,58%	2.873	14,48%	2.559	13,08%	2.766	13,97%
LVT	10.025	53,85%	10.809	54,46%	10.808	55,23%	10994	55,52%
Madeira	174	0,94%	261	1,31%	281	1,49%	273	1,38%
Norte	3.789	20,36%	4.035	20,33%	4.107	21,00%	4.290	21,66%
<b>Total Corrigido</b>	<b>18.607</b>	<b>100%</b>	<b>19.848</b>	<b>100%</b>	<b>19.560</b>	<b>100%</b>	<b>19.802</b>	<b>100%</b>



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA



**Quadro n.º 20 – IG por opção da mulher , por região de residência da utente**

Região	IG por opção da mulher por região de residência da utente							
	2008		2009		2010		2011	
Ano	N.ºIG	%	N.ºIG	%	N.ºIG	%	N.ºIG	%
Açores	190	1,05%	162	0,84%	183	0,94%	132	0,67%
Alentejo	577	3,20%	646	3,36%	738	3,77%	665	3,36%
Algarve	1.287	7,14%	1347	7,01%	1325	6,77%	1376	6,95%
Centro	2.809	15,59%	3036	15,79%	2924	14,95%	3130	15,81%
LVT	9.311	51,69%	9.910	51,56%	10.066	51,46%	10.020	50,60%
Madeira	179	0,99%	248	1,29%	285	1,46%	276	1,39%
Norte	3.661	20,32%	3.873	20,15%	4039	20,65%	4203	21,23%
<b>Total</b>	<b>18.014*</b>	<b>100%</b>	<b>19.222**</b>	<b>100%</b>	<b>19560***</b>	<b>100%</b>	<b>19802****</b>	<b>100%</b>

\* DGS - Valores corrigidos em Março de 2010.

\*\* DGS - Valores corrigidos em Março de 2011.

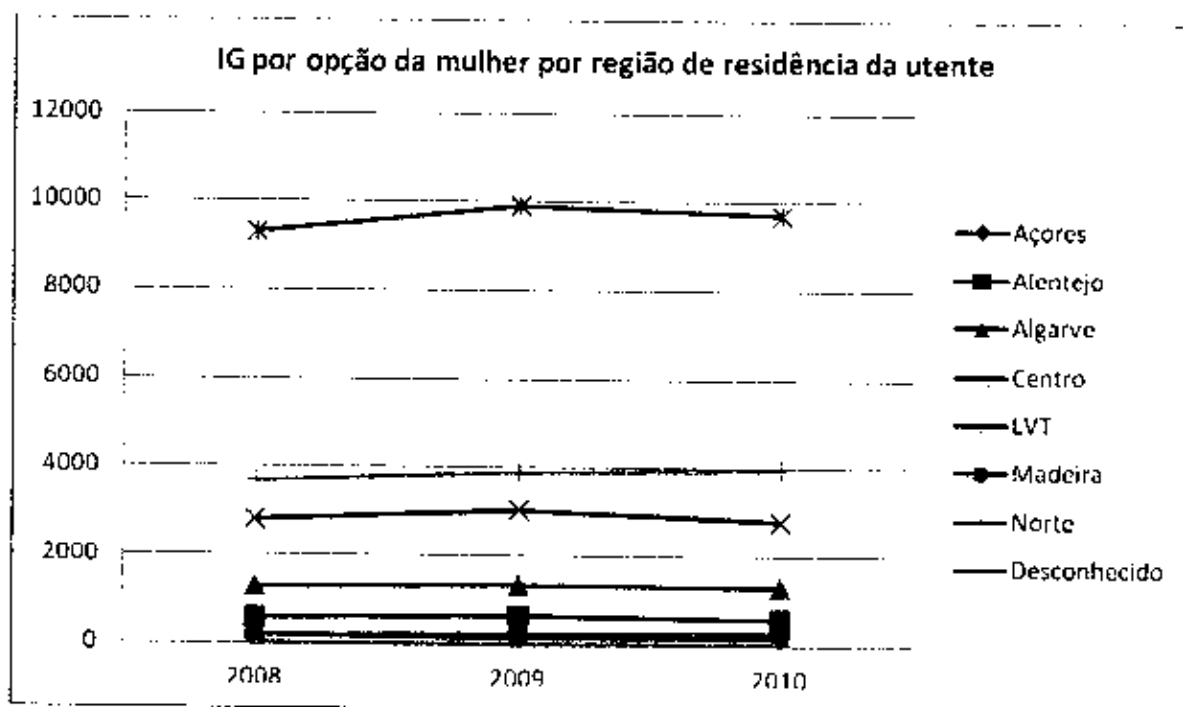
\*\*\*DGS - Valor Total corrigido sem dados desagregados – 19.372, em 11.10.2011. embora disponibilizadas desagregadamente em Abril de 2012..

\*\*\*\* - Dados iniciais sujeitos a correcções no ano seguinte, por falta de introdução de dados por parte dos serviços..

Dados Estatísticos do INE/DGS.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA



Quadro n.º 21 - IG por opção da mulher, por Nacionalidade da utente

*IG por opção da mulher, por Nacionalidade da utente*

	Ano 2008*		Ano 2009**		Ano 2010***		Ano 2011****	
Portuguesa	15.184	84,29%	15.885	82,64%	16.065	82,13%	16177	81,69%
Outra	2.813	15,62%	3.313	17,24%	3495	17,87%	3623	18,30%
Desconhecida	17	0,09%	24	0,12%	n.t.	n.t.	2	0,01
<b>Total Corrigido</b>	<b>18.014</b>	<b>100%</b>	<b>19.222</b>	<b>100%</b>	<b>19560</b>	<b>100%</b>	<b>19802</b>	<b>100%</b>
Total Inicial	17.511	100%	18.951	100%	18.911	100%	-	-
Desvio	503	2,87%	271	1,43%	649	3,43%	-	-

\* DGS - Valores corrigidos em Março de 2010.

\*\* DGS - Valores corrigidos em Março de 2011.

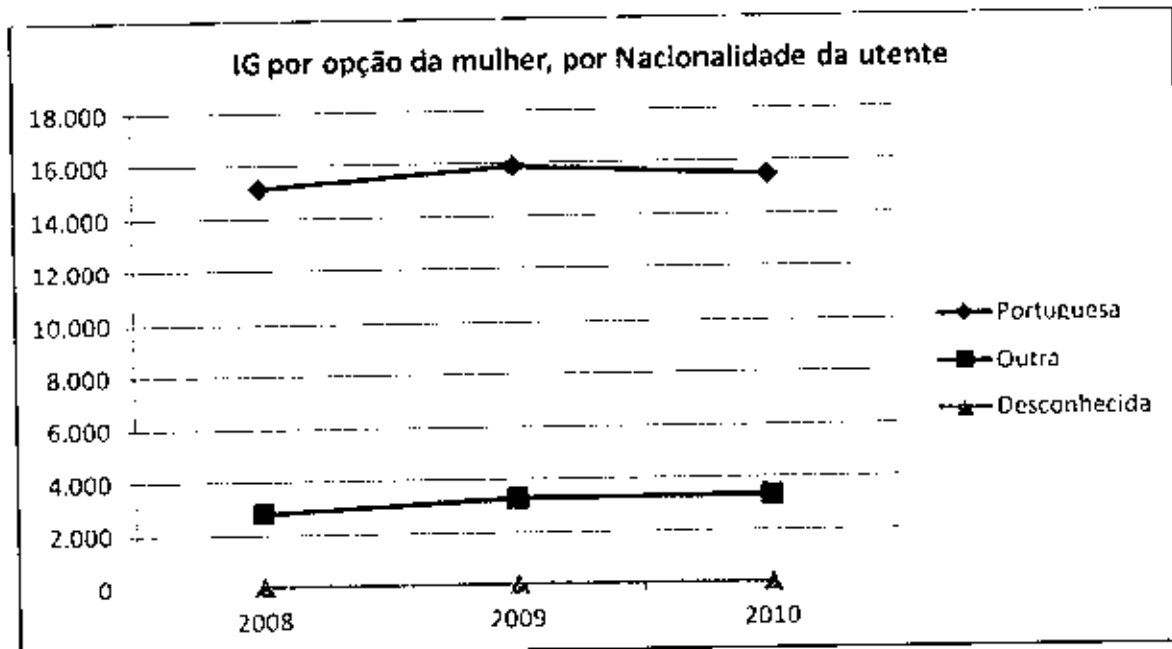
\*\*\*DGS - Valor Total corrigido sem dados desagregados - 19.372, em 11.10.2011, posteriormente disponibilizados e desagregados em Abril de 2012..

\*\*\*\* - Dados Iniciais a 2011, disponibilizados em Abril de 2012..

Dados Estatísticos do INE/DGS.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA



Quadro n.º 22 - IG por opção da mulher por Procedimento e tipo de Instituição<sup>62</sup>

Procedimento	Ano 2008*					
	Privado		Público		Total	
	N.º IVG	%	N.º IVG	%	N.º IVG	%
Cirúrgico c/Anestesia Geral	4.969	93,10%	413	3,26%	5.382	29,88%
Cirúrgico c/Anestesia Local	272	5,10%	102	0,80%	374	2,08%
Medicamentoso	95	1,78%	12.134	95,72%	12.229	67,89%
Outro	1	0,02%	27	0,21	28	0,16%
Desconhecido			1	0,01%	1	0,01%
<b>Total Corrigido</b>	<b>5.337</b>	<b>100%</b>	<b>12.677</b>	<b>100%</b>	<b>18.014</b>	<b>100%</b>
Total Inicial	5.216	100%	12.295	100%	17.511	100%
Desvio	121	2,32%	382	2,18%	503	2,43%

Procedimento	Ano 2009**					
	Privado		Público		Total	
	N.º IVG	%	N.º IVG	%	N.º IVG	%
Cirúrgico c/Anestesia Geral	5.685	95,18%	356	2,69%	6.041	31,43%
Cirúrgico c/Anestesia Local	166	2,78%	38	0,29%	204	1,06%
Medicamentoso	119	1,99%	12.777	96,44%	12.896	67,09%
Outro	3	0,05%	35	0,25%	38	0,20%
Desconhecido			43	0,32%	43	0,22%

<sup>62</sup> Os dados disponibilizados pela DGS relativamente à ig por opção da mulher, por Procedimento e Tipo de Instituição, foram em 2008 e 2009 tratados percentualmente, enquanto número absoluto. Em 2010 tratado estatisticamente face ao n.º total, sendo essa a metodologia adoptada pela relatora, para análise de dados.





## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

<i>Total Corrigido</i>	5.973	100%	13.249	100%	19.222	100%
Total Inicial	5.972	100%	12.979	100%	18.951	100%
<i>Desvio</i>	1		270	2,08%	271	1,43%

Procedimento	Ano 2010***					
	Privado		Público		Total	
	N.º IVG	%	N.º IVG	%	N.º IVG	%
Cirúrgico c/Anestesia Geral	5.661	94,74%	428	3,15%	6089	31,13%
Cirúrgico c/Anestesia Local	180	3,01%	26	0,19%	206	1,05%
Medicamentoso	131	2,19%	13019	95,83%	13150	67,23%
Outro	3	0,005%	27	0,20%	30	0,15%
Desconhecido#	-	-	85	0,63%	85	0,42%
<i>Total Corrigido</i>	<b>5.967***</b>	<b>29,93%</b>	<b>13.405***</b>	<b>69,20%</b>	<b>19550</b>	<b>100%</b>
Total Inicial	5.965	100%	12.946	100%	18.911	100%
<i>Desvio</i>					649	3,43%

Procedimento	Ano 2011					
	Privado		Público		Total	
	N.º IVG	%	N.º IVG	%	N.º IVG	%
Cirúrgico c/Anestesia Geral	6236	95,22%	487	3,67%	6723	33,95%
Cirúrgico c/Anestesia Local	164	2,50%	22	0,17%	186	0,94%
Medicamentoso	147	2,24%	12725	96,02%	12872	65%
Outro	2	0,03%	19	0,14%	21	0,11%
Desconhecido	-	-	-	-	-	-
<i>Total Corrigido</i>						
<i>Total Inicial</i>	<b>13253</b>	<b>100%</b>	<b>6549</b>	<b>100%</b>	<b>19802</b>	<b>100%</b>
<i>Desvio</i>						

\* DGS - Valores corrigidos em Março de 2010.

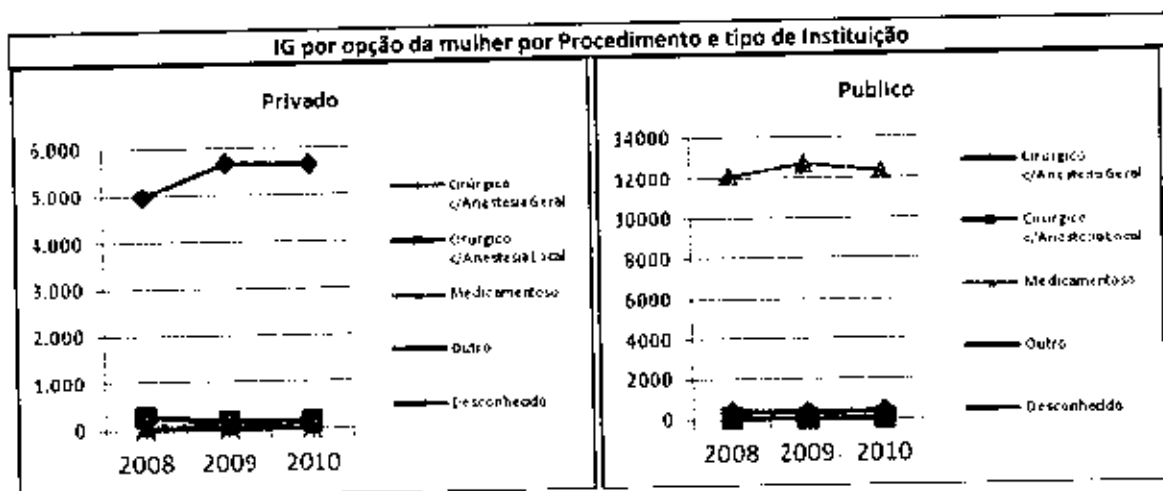
\*\* DGS - Valores corrigidos em Março de 2011.

\*\*\*DGS - Valor Total corrigido com alguns dados desagregados - 19.372, em 11.10.2011, disponibilizados desagregadamente na sua totalidade em Abril.2012..

Dados Estatísticos do INE/DGS.



# ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA



Quadro n.º 23 - IG por opção da mulher, por coabitação.

Coabitação	IG por opção da mulher - Coabitação							
	Ano 2008		Ano 2009		Ano 2010		Ano 2011	
	N.º IVG	%IVG	N.º IVG	% IVG	N.º IVG	%IVG	N.º IVG	%
Sim	9.211	51,13%	9.761	50,78%	9.664	49,4%	9.876	49,87%
Não	8.793	48,81%	9.452	49,17%	9869	50,5%	9.887	49,93%
Desconhecido	10	0,06%	9	0,05%	27	0,1%	39	0,20%
<b>T.Corrigido</b>	<b>18.014</b>	<b>100%</b>	<b>19.222</b>	<b>100%</b>	<b>19560</b>	<b>100%</b>	-	-
Total Inicial	17.511	100%	18.951	100%	18.911	100%	19802	100%
Desvto	503	2,87%	271	1,43%	649	3,43%	-	-

\* DGS - Valores corrigidos em Março de 2010.

• \*\* DGS - Valores corrigidos em Março de 2011.

• \*\*\*DGS - Valor Total corrigido sem dados desagregados - 19.372, em 11..10.201, mas posteriormente disponibilizados em Abril 2012 e corrigidos.

Quadro n.º24 – Distribuição por anos e motivos das interrupções da gravidez e Região

Região	Distribuição por motivos das interrupções da gravidez e Região							Tot-IGs	% - IGs
	Açores	Alentejo	Algarve	Centro	LVT	Madeira	Norte		
Único meio de remover perigo de morte ou grave lesão p/corpo ou saúde física ou psíquica da grávida	-	-	-	1	16	-	4	21	0,11%
Evitar perigo de morte ou grave e duradoura lesão para a saúde física ou psíquica da grávida	-	4	3	42	43	-	8	100	0,54%
Grave doença ou malformação	-	-	38	107	164	2	144	455	2,45%



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

congénita do nascituro									
Gravidez resultante de crime contra a liberdade e auto-determinação sexual				2	9		6	17	0,09%
Por opção da mulher	115	476	1.271	2.560	9.793	172	3.627	18.014	96,81%
<b>Totais</b>	<b>115</b>	<b>480</b>	<b>1.312</b>	<b>2.712</b>	<b>10.025</b>	<b>174</b>	<b>3.789</b>	<b>18.607</b>	<b>100%</b>

Dados do INE/DGS.

### Distribuição por motivos das interrupções da gravidez e Região

Região	Ano 2009							Tot-IGs	% - IGs
	Açores	Alentejo	Algarve	Centro	LVT	Madeira	Norte		
Único meio de remover perigo de morte ou grave lesão p/ corpo ou saúde física ou psíquica da grávida	-	1	2	2	8	-	1	14	0,07%
Evitar perigo de morte ou grave e duradoura lesão para a saúde física ou psíquica da grávida	-	-	3	34	34	-	2	73	0,37%
Grave doença ou malformação congénita do nascituro	3	-	28	111	239	16	127	524	2,64%
Gravidez resultante de crime contra a liberdade e auto-determinação sexual	-	-	2	3	9	-	1	15	0,08%
Por opção da mulher	56	446	1329	2.723	10.519	245	3.904	19.222	96,85%
<b>Totais</b>	<b>59</b>	<b>447</b>	<b>1.364</b>	<b>2.873</b>	<b>10.809</b>	<b>261</b>	<b>4.035</b>	<b>19.848</b>	<b>100%</b>

Dados do INE/DGS.

### Distribuição por motivos das interrupções da gravidez e Região

Região	Ano 2010							Tot-IGs	% - IGs
	Açores	Alentejo	Algarve	Centro	LVT	Madeira	Norte		
Único meio de remover perigo de morte ou grave lesão p/ corpo ou saúde física ou psíquica da grávida	-	-	-	1	6	2	-	9	0,04%
Evitar perigo de morte ou grave e duradoura lesão para a saúde física ou psíquica da grávida	-	-	3	1	66	-	2	72	0,36%
Grave doença ou malformação congénita do nascituro	1	-	29	110	207	18	109	484	2,40%
Gravidez resultante de crime contra a liberdade e auto-determinação sexual	-	1	-	1	6	-	4	12	0,06%
Por opção da mulher	57	452	1.301	2.559	10.803	281	4.107	19.560	97,13%
<b>Totais</b>	<b>58</b>	<b>299</b>	<b>1.333</b>	<b>2.566</b>	<b>10.729</b>	<b>301</b>	<b>4.150</b>	<b>19.436</b>	<b>100%</b>

### Distribuição por motivos das interrupções da gravidez e Região

Região	Ano 2011*							Tot-IGs	% - IGs
	Açores	Alentejo	Algarve	Centro	LVT	Madeira	Norte		
Único meio de remover perigo de morte ou grave lesão p/ corpo ou saúde física ou psíquica da grávida	-	-	3	2	5	1	1	12	0,06%
Evitar perigo de morte ou grave e duradoura lesão para a saúde física ou psíquica da grávida	-	-	-	4	50	-	3	57	0,28%



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Grave doença ou malformação congénita do nascituro..	1	-	27	121	135	15	106	405	2,00%
Gravidez resultante de crime contra a liberdade e auto determinação sexual	-	3	-	1	7	-	3	14	0,07%
Por opção da mulher	11	203	1265	2766	10994	273	4290	19802	97,59%
Totais	12	206	1295	2894	11191	289	4403	20290	100%

Dados iniciais fornecidos pela DGS/ INE. Dados actualizados a partir dos conhecidos em Abril de 2012, quer dos ocorridos de 2010, quer dos relativos iniciais a 2011.

### Quadro n.º 25 – IG por opção da mulher de interrupção de gravidez por opção da mulher, por ano.

*Distribuição anual de interrupções da gravidez por opção da mulher – Dados corrigidos pela DGS.*

Motivo	2007	2008	2009	2010*	2011*	Total
Por opção da mulher	6.328	18.014	19.222	19.560	19.802	82.926

\*Dados de 2010 e 2011, corrigidos e disponibilizados em Abril de 2012, respectivamente.

### Quadro n.º 26 – IG por todos os motivos e por opção da mulher discriminadamente – números totais iniciais e corrigidos pela DGS desde entrada em vigor da Lei n.º 16/2007, de 17 Abril, a Abril de 2012..

*Números Totais – Corrigidos – Todos os motivos e Opção da mulher após Lei n.º 16/2007, de 17 de Abril*

	Ano 2007 –	Ano 2008	Ano 2009	Ano 2010	Ano 2011*	Totais
IG opção da mulher	6.328**	18.014	19.222	19.560	19.802*	82.926
IG todos os motivos	6.508	18.607	19.848	20.137	20.290*	85.390

Dados Estatísticos do INE/DGS.

\*Valor a corrigir eventualmente em Março/Abril de 2013 pela DGS.

\*\*A DGS no seu relatório sobre os dados de 2011, a fls.24 quadro 22, não considerou na IG por opção da mulher os números por si corrigidos, relativos a 2007. Valor inicial – 6107 – Valor corrigido a Março de 2009 – 6.328, valor que na exacta medida acresce à rubrica “ todos os motivos” (6.287+221=6.508). – Ver quadro n.º 1 a fls.15 deste relatório.

### Quadro n.º 27 - Movimentação para realização de IG por opção da mulher – Por região, residência da mulher e localização de instituição\*

*Movimentação para realização de IG por opção da mulher*

**Ano 2011**

Região	Residência da mulher	Localização de instituição	N.º de Movimentações
Norte	4203	4290	87



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

<b>Centro</b>	3130	2766	364
<b>LVT</b>	10020	10994	974
<b>Alentejo</b>	665	203	462
<b>Algarve</b>	1376	1265	111
<b>Açores</b>	132	11	121
<b>Madeira</b>	276	273	3

Dados INE/DGS disponibilizados em Abril 2012.

### Quadro n.º 28 – IVG por situação laboral da mulher e do cônjuge ou companheiro.

*IVG por situação laboral da mulher e do cônjuge ou companheiro, dados iniciais e corrigidos.*

<i>Situação Laboral da mulher</i>	<b>2010</b>		<b>2011</b>		<i>Situação Laboral do companheiro</i>	<b>2010</b>		<b>2011</b>	
	<i>N.ºIV</i>	<i>%</i>	<i>N.ºIVG</i>	<i>%</i>		<i>IVG</i>	<i>%</i>	<i>IVG</i>	<i>%</i>
Trabalhadora não qualificada	3705	18,94%	3072	15,51%	Trabalhador não qualificada	2769	14,16%	2586	13,06%
Estudante	3411	17,44%	3341	16,87%	Estudante	1193	6,10%	1159	5,85%
Desempregada	3388	17,32%	3850	19,44	Desempregada	1421	7,26%	1644	8,30%
Agricultora, artífice e outras trabalhadoras qualificadas	3214	16,43%	3767	19,02%	Agricultora, artífice e outras trabalhadoras qualificadas	4080	20,86%	4127	20,84%
Pessoal Administrativo, serviços e similares	2042	10,44%	1948	9,84%	Pessoal Administrativo, serviços e similares	1136	5,81%	1129	5,70%
Técnico e Profissional de nível intermédio	1549	7,92%	1365	6,89%	Técnico e Profissional de nível intermédio	1344	6,87%	1294	6,53%
Especialistas se das Profissões Intelectuais e científicas	1342	6,86%	1581*	7,98%	Especialistas se das Profissões Intelectuais e científicas	765	3,91%	924	4,67%
Quadros superiores ADM Pública e empresas	194	0,99%	1948	9,84%	Quadros superiores ADM Pública e empresas	198	1,01%	199	1%
Forças militares e militarizadas	141	0,72%	140	0,71%	Forças militares e militarizadas	369	1,89%	458	2,31
Trabalho doméstico não remunerado	511	2,61%	481	2,43%	Trabalho doméstico não remunerado	65	0,33	59	0,30%
Desconhecido	63	0,32%	85	0,43%	Desconhecido	627	3,21	984	4,97%
Em Branco	*	*	*	*	Em Branco	5.593	28,59%	5239	26,46%
<b>Total</b>	<b>19560</b>	<b>100%</b>			<b>Total</b>	<b>19560</b>	<b>100%</b>	<b>19802</b>	<b>100%</b>

### Quadro n.º 29 – Número de Interrupções da gravidez por 1000nados-vivos por região de saúde.

*N.º de IG por 1000 nados-vivos, por região de saúde*

<i>Região</i>	<i>Anos</i>		
	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
<b>Portugal</b>	172	193	193
<b>Norte</b>	106	118	122



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

<b>Centro</b>	139	160	153
<b>LVT</b>	284	314	308
<b>ALENTEJO</b>	88	103	116
<b>ALGARVE</b>	260	281	273
<b>AÇORES</b>	67	58	67
<b>MADEIRA</b>	66	104	113

Quadro n.º 30 – IG por opção da mulher por tipo Encaminhamento e Instituição.

### IVG Tipo de encaminhamento e Instituição - 2011

Tipo de encaminhamento	Público		Local Privado		Total IVG
	N.º IVG	%	N.º IVG	%	
Encaminhamento de clínica/médico	574	4,33%	73	1,11%	647
Encaminhamento de Centro de Saúde	5069	38,25%	2098	32,04%	7.167
Encaminhamento de hospital Público	750	5,66%	2973	45,40%	3.723
Iniciativa própria	6357	47,97%	1392	21,26%	7.749
Outro	503	3,80%	13	0,20%	516
<b>Total Geral</b>	<b>13.253</b>	<b>100%</b>	<b>6549</b>	<b>100%</b>	<b>19802</b>

Quadro n.º 31 – Custos compreensivos da IVG – Portaria n.º 781-A/2007, de 16 de Julho.

Custo compreensivo da IVG – Portaria n.º 781-A/2007, de 16 de Julho.			
Em ambulatório	IVG	Medicamentoso	341€
		Cirúrgico	444€
Com internamento	IVG	Medicamentoso	829,91€
		Cirúrgico	1.074,45 €



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Quadro n.º32 – Taxa de interrupção voluntária da gravidez vs. Nados vivos, por alguns países, relativas a 2008.

<i>Taxa de IVG vs. Nado-vivos por país, relativa a 2008</i>			
<i>País</i>	<i>N.º Total de IVGs</i>	<i>N.º Total Nascimentos</i>	<i>Percentagem</i>
Finlândia	10.423	59.616	17,48%
França	227.050	819.358	27,71%
Alemanha	114.484	687.300	16,65%
Itália	121.406	569.400	21,32%
Hungria	44.089	99.149	44,46%
Lituânia* - 2003	11.513	30.014	38,35%
Espanha	115.812	518.967	22,31%
Rep. Checa	27.173	119.570	22,72%
Dinamarca	15.053	64.189	23,45%
Escócia	13.817	60.041	23,01%
País de Gales	9.078	35.650	25,46%
Inglaterra	195.296	N.D.	N.D.
Portugal *	18.014	104.594 **	17,22%

Fonte: The Alan Guttmacher Institute

Portugal não constava da estatística da fonte enunciada.

\*\* Número de nados-vivos de mães residentes em Portugal.

Quadro n.º33 – Percentagem de IVG - estado marital, nos Estados Unidos da América

<i>IVG por estado marital – Estados Unidos da América</i>	
Mulheres que nunca casaram	64,4%
Mulheres casadas	18,4%
Mulheres divorciadas	9,4%

Fonte: The Alan Guttmacher Institute – [www.agi-usa.org](http://www.agi-usa.org)

Quadro n.º34 – Percentagem do IG por motivo – nos Estados Unidos da América, no ano de 2008.

<i>IVG por motivo – Estados Unidos da América – Ano de 2008.</i>	
Violação ou incesto	1%
Problemas de saúde da mãe ou da criança	6%
Por questões sociais – criança não querida ou inconveniente	93%

Fonte: The Alan Guttmacher Institute – [www.agi-usa.org](http://www.agi-usa.org)

Quadro n.º35 – Tabela de comparticipação diária na deslocação em vigor na Região Autónoma dos Açores.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

*Tabela de comparticipação diária na Deslocação - RAAçores*

<i>Escalão</i>	<i>Duração da deslocação</i>	<i>Com alojamento convencionado</i>	<i>Sem alojamento convencionado</i>
1.º	Até 30 dias	1,15 x RMMG-A/ 30	1,50 x RMMG-A/ 30
2.º	A partir de 31 até 90 dias	1,50 x RMMG-A/ 30	1,73 x RMMG-A/ 30
3.º	A partir de 91 até 180 dias	1,73 x RMMG- A/ 30	2,01 x RMMG-A/ 30
4.º	A partir de 181	2,01 x RMMG- A/ 30	2,30 x RMMG-A/ 30

\* Portaria n.º 966/2010, de 30 de Junho de 2010.

### **Conclusões:**

- 1 – O número total de interrupções voluntárias da gravidez realizadas em Portugal, desde a entrada em vigor da Lei n.º 16/20078, de 17 de Abril e no seu âmbito, até 31 de Dezembro de 2011 foi de 82.926. (Ver quadro n.º 26).
- 2 – É possível concluir, face às diferentes declarações colhidas de diversas entidades, que a interrupção voluntária da gravidez nos estabelecimentos oficiais ou oficialmente reconhecidos para o efeito, é realizada em condições de segurança.
- 3 – O consentimento pela mulher para a interrupção voluntária da gravidez é prestado pela forma prevista na Lei.
- 4 – Hoje as mulheres que praticam a interrupção voluntária assumem-na como um direito, de forma mais esclarecida e convicta, de acordo com as declarações da APF.
- 5 – Com a aprovação da Lei que excluiu a ilicitude da interrupção da gravidez nas primeiras dez semanas de gestação e a sua aplicação, não se verificou um aumento do número de interrupções, face aos dados então estimados – 20% dos nados-vivos<sup>63</sup>.
- 6 – O número de mulheres que se arrepende e recua na interrupção voluntária da gravidez após a consulta prévia não está tratado estatisticamente. A Direcção-Geral de Saúde aponta para uma percentagem de cerca de 5%, em cada ano, valor sem suporte científico.<sup>64</sup>

<sup>63</sup> Não encontrado um documento de referência nacional ou internacional que permitisse aferir esta percentagem com rigor científico.





## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

7 – A interrupção da gravidez por opção da mulher representa , em termos médios, entre todas as causas da interrupção, desde 2007 até 2011, inclusivé, - 97,1%. ( Ver quadros n.º 24).

8 – A interrupção voluntária da gravidez medicamentosa é maioritariamente realizada nos estabelecimentos oficiais<sup>65</sup>. (Ver quadros n.º22).

9 - A interrupção voluntária da gravidez cirúrgica com anestesia local e geral é maioritariamente realizada nos estabelecimentos privados oficialmente reconhecidos para o efeito<sup>66</sup>. (Ver quadros n.º22).

10 – Em 2011, o n.º de abortos cirúrgicos com anestesia geral aumentou nos estabelecimentos públicos (SNS) , para os valores seguintes:

487 – contra 428 em 2010 – 11,37% - Custo unitário – 1.074,45€.<sup>67</sup>(Ver quadros n.º 22 e 31).

11 – Em 2011 o n.º de abortos medicamentoso diminuiu nos estabelecimentos públicos (SNS) para os seguintes valores:

12.725 contra 13.019 em 2010 – 2,26% - Custo unitário 341€ em ambulatório e 829,91 € com internamento. (Ver quadros n.ºs 22 e 31)– Valor unitário .<sup>68</sup>

12 – O número de abortos cirúrgicos com anestesia geral aumentou no sector privado em 2011, para os seguintes valores:

6.236 contra 5.661 em 2010 – 10,15% -( Ver quadros n.º 22).<sup>69</sup>

<sup>64</sup> Ver fls.29 das declarações da Direcção-Geral de Saúde.

<sup>65</sup> Em 2008 – 95,72%; 2009 – 96,44%; 2010 – 95,83% ; 2011 – 96,02% . Quadros 22, a fls.80 e 81.

<sup>66</sup> Em 2008 – 98,20%; 2009 – 97,96%; 2010 – 97,75%; 2011 – 97,72% - Ver quadros 22, a fls.80 e 81.

<sup>67</sup> Valores sujeitos a eventuais correcção em 2013 pela DGS.

<sup>68</sup> - Idem.

<sup>69</sup> - Idem.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

13 – O preço pago por cada ivg, pelo Ministério da Saúde é um preço compreensivo, isto é: pressupõe a realização ou administração de todos os actos, procedimentos, medicamentos e acompanhamento posterior, necessários à consumação e planeamento familiar, necessários.

14 – A interrupção voluntária da gravidez por opção da mulher, tem a sua maior incidência nas mulheres sem filhos<sup>70</sup>, apresentando tendência crescente quer nesta faixa quer na das que têm 1 filho. (Ver quadro n.º 14).

15 – A interrupção voluntária da gravidez por opção da mulher ocorre maioritariamente em mulheres que nunca a fizeram anteriormente<sup>71</sup>, embora esse número esteja a baixar percentualmente desde 2008. (Ver quadro n.º15).

16 – A interrupção voluntária da gravidez ocorre maioritariamente nas faixas etárias entre os 20-39 – 16.129 – 81,45%<sup>72</sup>. (Ver quadros n.º 16).

17 - O grupo etário com maior n.º de ivg praticadas é entre os 20-24 anos – 4.481 – 22,63%.(Ver quadro n.º 16).

18 – A interrupção voluntária da gravidez ocorre maioritariamente entre mulheres com níveis de instrução nos 2.º, 3.º Ciclos do Ensino Básico, Ensino Secundário e Ensino Superior. (Ver quadro n.º 17).

19 – A maior percentagem de interrupção voluntária da gravidez ocorre ao nível das mulheres com nível de instrução do Ensino Secundário – 6.919 – 34,94%<sup>73</sup>. (Ver quadro n.º 17).

20 – A interrupção voluntária da gravidez ocorre com maior incidência nos distritos de Lisboa, Porto e Setúbal, respectivamente. (Ver quadro n.º 18)

<sup>70</sup> 2008 – 39,66%; 2009 – 39,80%; 2010 – 39,673%; 2011 – 40,01. Ver quadro 14.a fls. 71.

<sup>71</sup> 2008 – 80,30%; 2009 – 79,17%; 2010 – 75,52%; 2011 – 74,09%. Ver quadro n.º 15 a fls.72.

<sup>72</sup> Dados agregados pela relatora 2008 – 80,71%; 2009 – 80,54; 2010 – 80,9% e 2011 - 81,45. Ver quadro 16, a fls.73 e 74.

<sup>73</sup> 2008 – 31,69%; 2009 – 32,25%; 2010 – 33,84%; 2011 – 34,94. Ver quadro 17 a fls.75.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

21 – Desde 2008 a região Norte apresenta evolução crescente quer em termos absolutos quer percentuais, apenas com uma excepção – 2009. Assim: 3.661 – 20,32% - 2008; 3.873 – 20,20,15% - 2009; 4039 – 20,65% - 2010 e 4203 – 21,23% - 2011. (ver quadro n.º 20).

22 – Em 2011, a Região Autónoma dos Açores apresenta o n.º mais baixo de sempre de ivg , até às 10 semanas, desde a entrada em vigor da Lei - 132, contra 190 – 2008; 162 – 2009 e 183 – 2010. (Ver quadro n.º 20).

23 – Das mulheres residentes em Portugal, são portuguesas as que maioritariamente praticam interrupção voluntária da gravidez<sup>74</sup>. (Ver quadro n.º 21)

24 – As mulheres de outras nacionalidades, com dados não desagregados na variável – nacionalidade - praticaram a interrupção voluntária da gravidez em condições análogas às mulheres portuguesas.<sup>75</sup>(Ver quadro n.º 21)

25 – O n.º de interrupções voluntárias da gravidez por mulheres de outras nacionalidades, não identificadas, apresenta tendência de crescimento desde 2009, quer em número absoluto quer em percentagem .( Ver quadro 21)

26 – O número não desagregado por nacionalidade de mulheres de outras nacionalidades é susceptível de impedir uma intervenção a nível de informação de direitos e de acesso por dificuldades linguísticas, junto dos seus agregados.

27 – A segunda maior causa de interrupção da gravidez em Portugal, tem como fundamento a grave doença ou malformação congénita do nascituro.( Ver quadro n.º 24)

28 - É possível, face à prevalência de dados, concluir pela maior incidência de ivg em 2011 , nos seguintes grupos:

<sup>74</sup> 2008 – 84,29%; 2009 – 82,64%; 2010 – 82,13%; 2011 – 81,69% - Ver quadro 21, a fls.79.

<sup>75</sup> 2008 – 15,62%; 2009 – 17,24%; 2010 – 17,87%; 2011 – 18,30%. Ver quadro 21 a fls.79.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

- Grupo etário entre 20-24 – 4481 – 22,63% - (Ver quadro n.º 16).
- Mulheres sem filhos – 7.923 – 40,01% - (Ver quadro n.º 14).
- Sem ivg anterior – 14.672 – 74,09% - (Ver quadro n.º 15).
- Grau de instrução – Ensino Secundário – 6919 – 34,94% - (Ver quadro n.º 17).
- Na situação de desemprego – 3850 – 19,44% - (Ver quadro n.º 28).

29 – Em 2010 o n.º de ivg por situação laboral da mulher era maioritariamente o grupo Trabalhadoras não Qualificadas – 3705 – 18,94%, seguido do grupo de estudantes – 3411 – 17,44%. (Ver quadro n.º 28).

30 – Em 2011 o n.º de ivg por situação laboral da mulher é maioritariamente o de Desempregadas – 3850 – 19,44% seguida de Agricultoras, Operárias, Artífices e outros Trabalhadoras Qualificadas – 3.767 – 19,02%. (Ver quadro n.º 28)

31 – Em 2010 e 2011 relativamente ao cônjuge ou companheiro da mulher que praticou ivg, a situação destes sem qualquer referência – “em branco” -relativa à situação laboral, apresenta os maiores valores registados - 5.593 – 28,59% e 5.239 – 26,46%, respectivamente. (Ver quadro n.º 28)

32 – A mulher por iniciativa própria, para realização de ivg dirige-se maioritariamente ao SNS – 6357 – 47,97%, contra 1392 no sector privado. ( Ver quadro n.º 30)

33 – Os hospitais públicos (SNS)encaminham maioritariamente as mulheres para realização e ivg para o sector privado – 2973 – 45,40%, contra 750 para o sector público. (Ver quadro n.º 30).

34 – Os Centros de Saúde encaminham maioritariamente a mulher para realização de ivg, para o sector público – 5069 – 38,25%, contra 2098 para sector privado. (Ver quadro n.º 30).



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

35 – Houve uma redução drástica quer em termos de mortalidade quer de morbilidade na prática da interrupção voluntária da gravidez, sendo que este era dos objectivos da sua liberalização<sup>76</sup>.

36 – Existe para a Ordem dos Médicos a percepção que o recurso à interrupção voluntária da gravidez funciona como método de contraceção, de acordo com as declarações constantes deste relatório.<sup>77</sup>

37 – Entende a ordem dos Médicos que está mais facilitado o acesso à interrupção voluntária da gravidez do que para a procriação medicamente assistida.

38 – É assinalado como problemático, pela Ordem dos Médicos, o número de recursos disponíveis para a interrupção voluntária da gravidez face aos disponibilizados para a procriação mediamente assistida.

39 - Cerca de 40% das mulheres que fizeram interrupção voluntária da gravidez não tinha filhos, pelo que poderá estar em causa a inexistência ou falha de contraceção.<sup>78</sup>

40 – O ano de 2011 foi a segunda vez que o n.º de nascimentos ficou abaixo dos 100 mil, desde que há registos.

41 - O ano de 2011 é aquele em que se verifica o mais baixo número de registos de nascimentos de sempre, desde que há registos – 97.112, menos 4.269 que em 2010.

42 – O subsídio por interrupção voluntária da gravidez é também concedido nos amplos termos e condições de interrupção da gravidez impeditivas do exercício de actividade laboral, medicamente certificadas, durante um período variável entre 14 e 30 dias, nos termos do artigo 10.º do D.Lei n.º 91/2009, de 9 de Abril.

<sup>76</sup> Afirmação sustentada na posição da Ordem dos Médicos – ver fls. 38.

<sup>77</sup> Ordem dos Médicos – a fls. 38.

<sup>78</sup> Ordem dos médicos a fls. 38.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

43 – O montante diário do subsídio por interrupção voluntária da gravidez é igual a 100% da remuneração de referência da beneficiária, nos termos do artigo 29.º do D. Lei n.º 91/2009, de 9 de Abril, em situação equiparada à interrupção da gravidez, independentemente do tempo de gestação e motivo legal.

44 – As mulheres que fazem interrupção voluntária da gravidez, estão dispensadas da apresentação de requerimento de atribuição do subsídio respectivo, no caso em que a certificação médica seja emitida pelos estabelecimentos ou serviços de saúde competentes do Serviço Nacional de Saúde, através de formulário próprio para o efeito, nos termos do artigo 67.º do referido decreto-lei.<sup>79</sup>

45 – A interrupção voluntária da gravidez está isenta do pagamento de taxa moderadora no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, situação de excepção em relação ao regime geral dos utentes que a ele acedem.

46 – A Ordem dos Médicos e a APF – Associação para o Planeamento Familiar concordam com a introdução de taxa moderadora para os actos de interrupção voluntária da gravidez.<sup>80</sup>

47 - Os dados fornecidos pela ACSS – Administração Central do Serviço de Saúde, IP - não permitem aferir objectiva e inequivocamente os custos reais da realização da interrupção voluntária de gravidez, pelo facto de em nenhuma das tabelas apresentadas, não referir expressamente, por opção da mulher ou a palavra voluntária, mas tão só “interrupção da gravidez até 10 semanas”, bem como “gravidez induzida independentemente do tempo de gestação, do motivo legal ou da modalidade.” Ver quadros números 9, 10, 11 e 12.<sup>81</sup>

48 – O total facturado para a interrupção da gravidez induzida independentemente do tempo de gestação, do motivo legal ou da modalidade, (internamento ou ambulatorio), em Portugal Continental, foi no período de 2007 a 2010 de 32.785.208,57 €(trinta e dois milhões setecentos e

<sup>79</sup> - D. Lei n.º 91/2009, de 9 de Abril.

<sup>80</sup> Ordem dos Médicos – a fls.41 e APF a fls.61.

<sup>81</sup> Resposta da ACSS ao ofício n.º 91/9/COM/2011, a fls.3/6-1.º parágrafo bem como quadras constantes do Anexo I ao ofício. Anexo VI – Comunicação – Ref. # UOFC – ACSS – 03330 – 11 Fev.16.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

oitenta e cinco mil duzentos e oito euros e cinquenta e sete cêntimos, até 31 de Dezembro de 2010.<sup>82</sup>

49 - O valor apresentado refere-se à produção realizada nos hospitais do SNS ou realizados em entidades privadas por referenciação dos hospitais do SNS. Não inclui por isso as interrupções realizadas directamente nas entidades privadas.<sup>83</sup>

50 - Os dados apresentados pela ACSS não contém os custos de produção relativos à interrupção voluntária da gravidez até às 10 semanas, efectuadas na Madeira e nos Açores, por estas não integrem o Serviço Nacional de Saúde.

51 - É possível concluir que na Madeira, nos estabelecimentos oficiais para o efeito, as mulheres que pretendem fazer interrupção voluntária da gravidez, a podem fazer em segurança.

52 - Na Região Autónoma da Madeira existem consultas de planeamento familiar e de contracepção garantidas para as mulheres que fazem interrupção voluntária da gravidez, desde que a elas recorram.

53 - Na Região Autónoma da Madeira no 2.º Semestre de 2007, após a entrada em vigor da Lei n.16/2007, de 17 de Abril, não foi registado qualquer caso de interrupção voluntária da gravidez.

54 - Os custos associados à interrupção voluntária da gravidez na Região Autónoma da Madeira, incluem as interrupções médicas e as que por ineficácia do método foram também cirúrgicas, no período de 2008 a 2010, tendo sido no valor de 238.716 € (duzentos e trinta e oito mil setecentos e dezasseis euros).

55 - Do cruzamento de dados entre o número de interrupções voluntárias da gravidez por região de saúde de instituição prestadora e os relativos à região de residência da utente, concluiu-se

---

<sup>82</sup> Conclusão integral retirada do documento remetido pela ERS, constante do ofício n.º 91/9/COM/2011, a fls. 4/6 – Anexo VI, deste relatório..

<sup>83</sup> Idem.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

que 11 utentes residentes da Madeira fizeram IVG no Continente, entre 2008 e 2011, num total de 974 ivgs, e que 13 mulheres se deslocaram à Madeira para o realizar. (Ver quadros 19 e 20).

56 – É possível concluir que na Região Autónoma dos Açores as condições de atendimento e referenciação estão salvaguardadas em protocolos estabelecidos entre as unidades de saúde de origem e de destino de forma a garantir a melhor assistência e acompanhamento nos diferentes níveis, em tempo útil, para as mulheres que interrompem a gravidez, por opção.

57 – O recurso aos estabelecimentos oficiais ou oficialmente reconhecidos para o efeito no Continente torna-se um imperativo para as mulheres da Região, tendo em conta a desejável celeridade associada ao processo de interrupção voluntária da gravidez, o número de solicitações das utentes e a capacidade de resposta da Unidade de Saúde a praticar IVG.<sup>84</sup>

58 – Nos Açores estão previstas consultas de planeamento familiar e contraceção para as mulheres que fazem interrupção voluntária da gravidez, nos termos legais.

59 – Os custos de produção fornecidos, relativos à interrupção voluntária da gravidez realizadas na Região, nos anos de 2007, 2008 e 2010 (2009 – não disponibilizados) foram de 161.329,50€ (Cento e sessenta e um mil trezentos e vinte e nove euros e cinquenta cêntimos).

60 – Do cruzamento de dados entre o número de interrupções voluntárias de gravidez por região da instituição prestadora e relativos à região de residência da utente, é possível concluir que entre 2008 e 2011, inclusive, 425 mulheres realizaram ivg no Continente ou outra Região – 63,71% -, num total de 667. (Ver quadros n.ºs 19 e 20).

61 – Não foram disponibilizados quaisquer dados relativamente aos custos com deslocações, estadias e acompanhamento relativos aos casos de interrupções realizadas no Continente.

<sup>84</sup> Dos três hospitais da região, o Hospital da Horta, EPE foi, de Julho de 2007 a Maio de 2011, a única US a praticar a IVG. A partir de maio de 2011 o Hospital do Divino Espírito Santo, EPE (Ponta Delgada) iniciou a prática da ivg, sendo actualmente a única US a efectua-la.





## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

62 – O custo inerente à deslocação, alojamento e alimentação de utentes de Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma dos Açores para fora da região, actualmente consta da Portaria n.º 66/2010, de 30 de Junho, revogando a anterior.

63 – Os valores de comparticipação diária na deslocação, alojamento dos referidos utentes e seus acompanhantes é o constante do quadro n.º 30 deste relatório, sendo que os acompanhantes são abonados pelo 1.º escalão, com as limitações constantes do n.º 2 do artigo 26.º da Portaria n.º 66/2010.

64 – É de esperar que na exacta medida dos custos levados a cabo, em cada ano, com a interrupção voluntária da gravidez, que o Estado assuma a obrigação de proteger e apoiar a maternidade e as famílias com filhos.

65 - Em treze países europeus analisados, Portugal é o segundo com menor percentagem de interrupções voluntárias da gravidez, face ao número de nado-vivos, relativamente ao ano de 2008, depois da Alemanha. Ver quadro n.º 27.

66 – Em 2008 nos Estados Unidos, a percentagem de interrupções da gravidez por questões graves de saúde da mãe ou da criança foi de 6%, contra 2,99% em Portugal, no mesmo período. (Ver quadros 34 e 24, respectivamente).

67 - Em 2008, nos Estados Unidos da América, a percentagem de Interrupção voluntária da gravidez por questões sociais, criança não querida ou inconveniente, foi de 93% contra 96,81% em Portugal, no mesmo período. (Ver quadros n.º 34 e 24, respectivamente).

68 – Face às dificuldades efectivas e objectivas para apurar os custos totais com a interrupção voluntária da gravidez, de acordo com os documentos fornecidos pelas diferentes entidades, e porque face à data dos últimos dados divulgados - Abril 2012, não foi possível apurar os valores relativos a 2011, deverá o Ministério da Saúde proceder à contabilização dos mesmos e disponibilizá-los para conhecimento público.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

**IV - Opinião do relator** – O relator reserva, nesta sede, a sua opinião sobre a petição em apreço, a qual é de elaboração facultativa conforme o disposto no n.º 3 do artigo 137.º do Regimento da Assembleia da República.

No entanto, sempre se dirá que a formulação do consentimento informado prestado pela mulher, que deverá nos termos legais, ser

*“(...) entregue no estabelecimento de saúde até ao momento da intervenção e sempre após um período de reflexão não inferior a três dias a contar da data da realização da primeira consulta (...)”*

nos termos em que se contém no Anexo 1 da Portaria n.º 741-A/2007, de 21 de Junho, é susceptível de levantar reservas quanto ao momento em que poderá ser prestado, pois pode sê-lo em qualquer momento, *maxime* no primeiro momento da consulta prévia.

*“ Confirmo que, mediante minha solicitação, me foi dada a possibilidade de acompanhamento psicológico ou por assistente social, durante o período de reflexão, que não foi inferior a 3 dias.”*

Igualmente, atribuir à interrupção da gravidez por opção da mulher, em pé de igualdade, subsídios de natureza pecuniária que visam a substituição dos rendimentos perdidos por força da situação de incapacidade ou indisponibilidade para o trabalho, por motivo de maternidade, paternidade, adopção e outras causas de interrupção da gravidez, é tratar de modo igual situações antagónicas e conflituantes em matéria de interesses a proteger.

Também a situação de isenção de taxas moderadores no SNS para a interrupção voluntária da gravidez, sem ter subjacente o critério de rendimento disponível, antes a situação de equiparação a todas as situações prestacionais no âmbito da protecção da maternidade é desprovida do sentido de justiça relativa, colocando a situação de interrupção voluntária da gravidez numa situação de discriminação positiva, que não tem qualquer sustentabilidade ao nível do ordenamento jurídico, no âmbito do Sistema Nacional de Saúde, em situações nas quais algumas doenças ou patologias clínicas ficaram limitadas ou excluídas de isenção.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Entendo que não será de sujeitar a qualquer agravamento de taxa moderadora a situação de reincidência na interrupção voluntária da gravidez, quando esta for puramente accidental e não um acto de negligência na criação das circunstâncias que à interrupção conduzem, designadamente por falha do sistema de contracepção, que o médico devidamente deverá registar.

Ao sujeitar a interrupção voluntária da gravidez a taxa moderadora no SNS ou entidades com ele contratadas para o efeito, dever-se-ia criar uma taxa para as entidades privadas, por cada acto praticado, em qualquer das situações de ig por opção d amulher, que deveria situar-se entre os 2 e 5% do valor total da facturação, a ser entregue até ao dia 20 do mês seguinte aquele a que se reporta, a um Fundo próprio da Segurança Social, por si gerido, a fim de anual ou semestralmente ser entregue a instituições de solidariedade social que se dediquem ao apoio à infância.

A actual quebra de natalidade associada aos níveis de emigração que se verificam levantam sérios problemas em termos de sustentabilidade demográfica, bem como de outros que dele dependem directamente.

Igualmente, entende-se que o Ministério da Solidariedade e Segurança Social deverá obrigatoriamente, em cada ano, disponibilizar valores iguais aos despendidos no âmbito da interrupção voluntária da gravidez, em favor de medidas de apoio à maternidade e à família, pelo Ministério da Saúde

Por fim, é manifesto que as entidades que têm atribuições e competências em matéria financeira na área da Saúde, não forneceram informação objectiva e inequívoca sobre os custos totais quer no Continente quer na Região Autónoma dos Açores que permitam a sua avaliação, no âmbito da interrupção voluntária da gravidez, pelo que deverá tal informação ser simples, clara e concisa.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

### **V – Anexos – A<sup>85</sup>**

**Anexo I** – Petição e Documentos apresentados pelos peticionários.

**Anexo II** – Quadro referencial de alguns países europeus.

**Anexo III** – Carta remetida pela Direcção-Geral de saúde, em 11 de Outubro de 2011.

**Anexo IV** – Resposta do Governo remetida a través do gabinete de Sua Excelência a Secretária de Estado dos Assuntos parlamentares e igualdade em 20 de Setembro de 2010.

**Anexo V** - Documento elaborado pelo Colégio da Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia, entregue em mão pelo Senhor Bastonário da Ordem dos Médicos .

**Anexo VI** – Resposta da ACSS - Comunicação - Ref.ª UOFC – ACSS – 03330 – 11 Fev.16.

**Anexo VII** - Resposta da Secretaria Regional dos Assuntos Sociais da Região Autónoma da Madeira.

**Anexo VIII** – Resposta da Secretaria Regional dos Assuntos Sociais da Região Autónoma dos Açores.

**Anexo IX** – Parecer da 1.ª Comissão Parlamentar – Direitos Liberdade e Garantias.

**Anexo X** – Carta remetida à Secretaria Regional dos Açores sobre a falta de dados estatísticos relativos ao ano de 2009.

### **VI – Anexos – B<sup>86</sup>**

**Anexo a)** – Acórdão do Tribunal Constitucional – Ac. TC 617/2006.

**Anexo b)** – Legislação alemã traduzida, no âmbito da interrupção voluntária da gravidez.

**Anexo c)** - Relatórios estatísticos sobre a interrupção voluntária da gravidez, fornecidos pela DGS.

**Anexo d)** - Documentação em Português, Mandarim e Cirílico sobre interrupção voluntária da gravidez, disponibilizados às utentes, pela Direcção- Geral de Saúde.

**Anexo e)** – Relatório de Mortes Maternas 2001 – 2007, disponibilizados pela Direcção- Geral de Saúde.

---

<sup>85</sup> Que fazem parte integrante do presente relatório e aqui se dão por reproduzidos para todos os devidos e legais efeitos.

<sup>86</sup> Documentos disponíveis para consulta na Comissão Parlamentar de Saúde.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

### VI - PARECER

Assim, a Comissão de Saúde é de parecer:

1. Que, nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 24.º da Lei n.º 43/90, de 10 de Agosto, com as alterações introduzidas pelas Leis n.ºs. 6/93, de 1 de Março, 15/2003, de 4 de Junho, e 45/2007, de 24 de Agosto, a Petição n.º157/XI/2.º seja objecto de apreciação em Plenário da Assembleia da República;
2. Que, nos termos do n.º 2 do artigo 24.º da Lei n.º 43/90, de 10 de Agosto, a Petição n.º 157/XI/1.º seja enviada a Sua Excelência, o Presidente da Assembleia da República, para efeitos de agendamento da apreciação a que se refere o ponto anterior, acompanhada do presente Relatório;
3. Que, nos termos legais aplicáveis, o presente relatório seja levado ao conhecimento dos representantes dos peticionários;
4. Que o presente relatório seja levado ao conhecimento do Governo, através do Senhor Ministro da Saúde.

Palácio de S. Bento, 17 de Maio de 2012

A Deputada Relatora,

(Conceição Bessa Ruão)

A Presidente da Comissão,

(Maria Antónia Almeida Santos)

## Índice

- Anexo I - Petição e Documentos anexos;
- Anexo II - Quadro referencial de alguns países europeus;
- Anexo III - Carta remetida pela Direcção Geral de Saúde, em 11.Out.2011;
- Anexo IV - Resposta do Governo, remetida através do Gabinete da Secretária de Estado dos Assuntos Parlamentares e Igualdade, em 20.Set.2011;
- Anexo V - Documento elaborado pelo Colégio da Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia entregue em mão pela Ordem dos Médicos, no dia da audição;
- Anexo VI - Resposta da ACSS - Comunicação -Ref. UOFC-ACSS-03330-11.FEB16;
- Anexo VII - Resposta da Secretaria Regional dos Assuntos Sociais da Região Autónoma da Madeira;
- Anexo VIII - Resposta da Secretaria Regional dos Assuntos Sociais da Região Autónoma dos Açores;
- Anexo IX - Parecer da 1ª Comissão Parlamentar dos Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias;
- Anexo X - Questão colocada à Secretaria Regional dos Açores sobre falta de dados relativos a 2009;
- Anexo XI - Registo de correspondência.

1/17  
69

## **Petição Aborto - Vemos, ouvimos e lemos - Não podemos ignorar!**

### **Para: Assembleia da República**

ABORTO - Vemos, ouvimos e lemos - não podemos ignorar

1. Portugal tem desde há 4 anos uma lei que permite o aborto livre a pedido, até às 10 semanas de gestação.
  2. Quando, por altura do referendo o País se confrontou com tal mancha histórica, foi prometida uma lei que protegesse as mulheres e conferisse melhores condições para o exercício da maternidade.
  3. Volvidos 4 anos assistimos a uma realidade dramática que deixa mulheres e homens cada vez mais sós e abandonados à sua sorte.  
Aos mais carenciados é oferecido o aborto para "colmatar" as dificuldades que apresentam. Milhares de mulheres foram vítimas de pressões e constrangimentos vários, e arrastados ao horror do aborto.
  4. Em 4 anos, só por via do aborto legal mais de 60.000 crianças deixaram de nascer. É como se uma cidade (como Aveiro), de repente, ficasse totalmente despovoada e os edifícios e monumentos nela existentes não tivessem quem os habitasse. Apenas o silêncio nas ruas e nas praças e as folhas arrastadas pelo vento.
  5. Muitas das "vozes autorizadas" que no referendo defenderam o sim têm agora tomado posição pública contra a regulação e prática do aborto que vigora.
  6. O País confronta-se com um dramático pedido às famílias de redução de salários e prestações sociais. Por outro lado o Estado continua a pagar e oferecer gratuitamente o aborto, o avião, o táxi, o hotel e o subsídio de maternidade a quem voluntariamente (ou coagida, uma vez que o Estado não sabe) põe fim a uma gravidez.
  7. Uma mulher em baixa por doença recebe 65% do ordenado; já se abortar fica de licença de maternidade e recebe 100% do ordenado.
  8. Milhares de mulheres deixaram de receber algumas dezenas de euros do abono de família para os filhos que tiveram, mas o Estado paga-lhes centenas de euros no caso de decidirem abortar.
- Assim,
- Peticiona-se à Assembleia da República que
- A) Reconheça o flagelo do aborto que de norte a sul, varre o País desde há 4 anos destruindo crianças, mulheres, famílias, e a economia gerando desemprego e depressão.
  - B) Que tome medidas legislativas no sentido de:
    - a) Proteger a vida humana desde a concepção, a maternidade e os mais carenciados na verdadeira solidariedade social.
    - b) Rever para já a regulamentação da prática do aborto por forma a saber se o consentimento foi realmente informado e a garantir planos de apoio alternativos ao aborto.
    - c) Permitir que todos os profissionais de saúde (independentemente da objecção de consciência) possam intervir no processo de aconselhamento a grávidas.
    - d) Apoiar as instituições que no terreno ajudam mulheres e crianças em risco, de uma forma criteriosa e realista.

e) Fazer cumprir os Direitos Humanos nomeadamente no que tange com o inviolável Direito à Vida e o eminente direito ao reconhecimento da dignidade de cada ser humano.

f) Gerir com critérios de "bem comum" os escassos recursos do País e por isso, deixe de "cobrir de dinheiro" o aborto.

Os signatários

2/10/17





**Federação  
Portuguesa  
pela VIDA**

# **Liberalização do Aborto em Portugal, 4 anos depois**

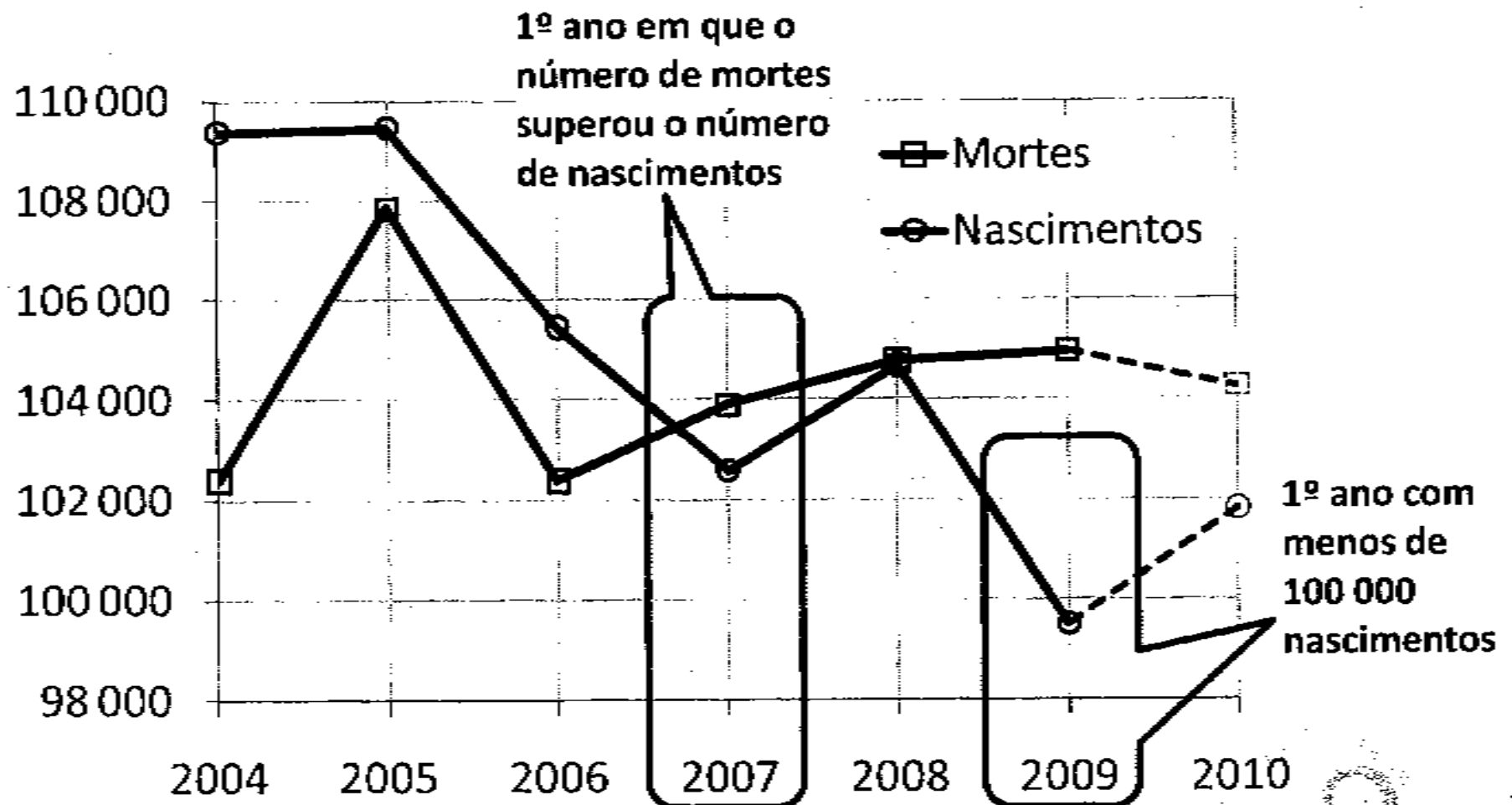
*Lisboa, 11 de Fevereiro de 2011*

Gabinete de Estudos da F.P.V.  
Coordenação – Francisco Vilhena da Cunha

*2/2/11*



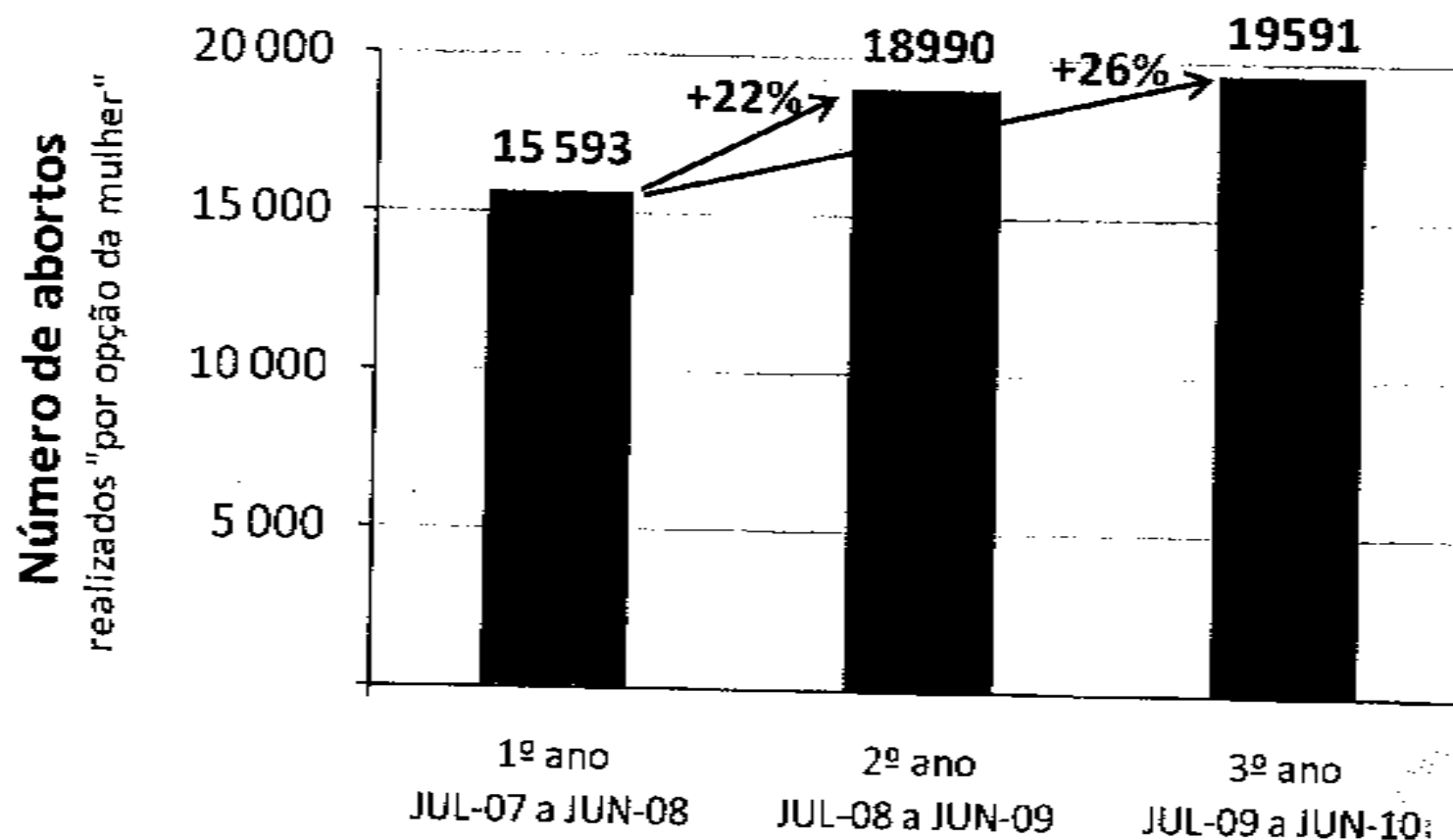
# (De)crescimento populacional



Fonte: INE; INSA; Análise FPV

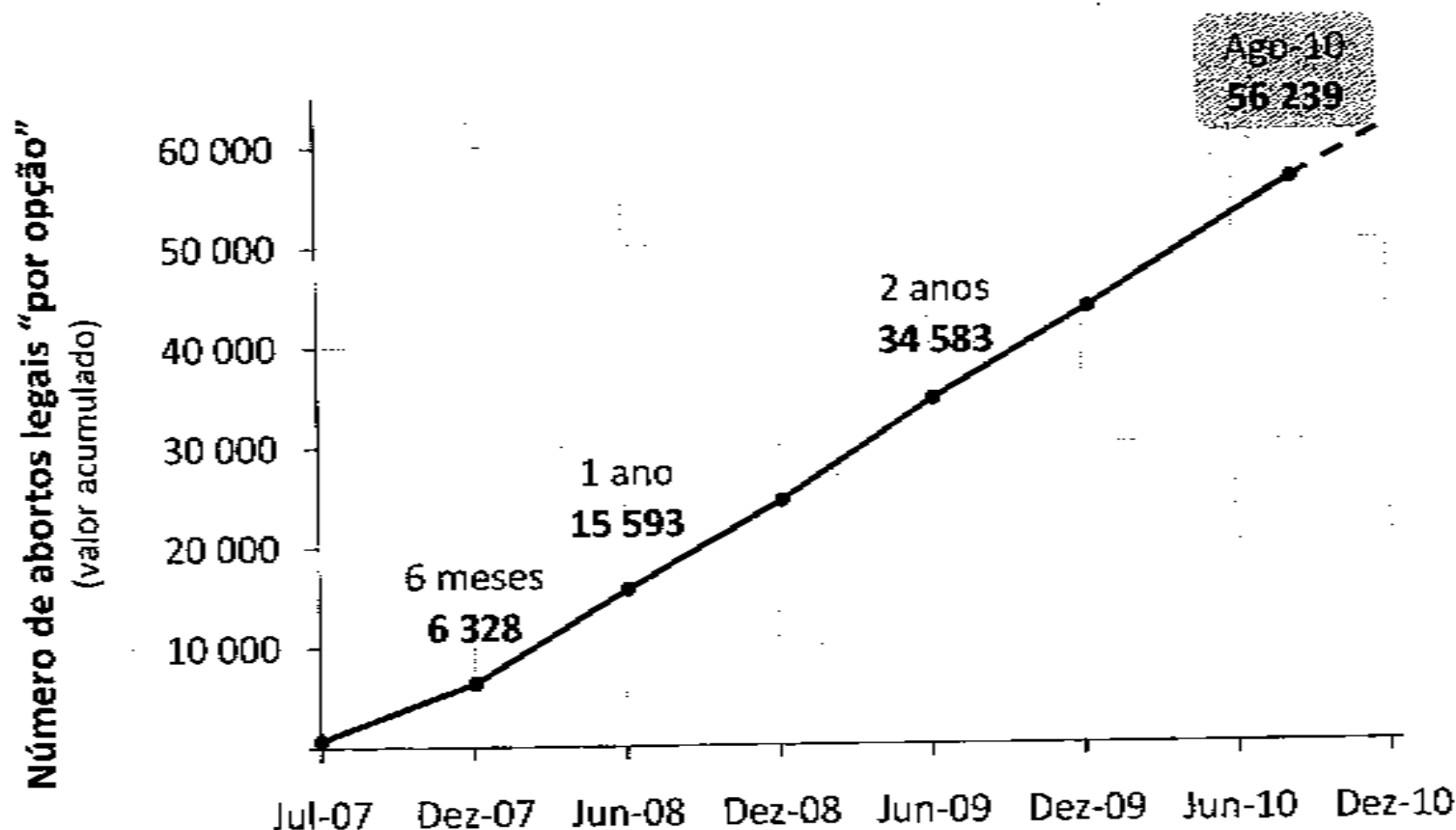
# Aborto legal “por opção da mulher” cresce desde 2007

Abortos legais “por opção da mulher” realizados nos 3 anos que se seguiram à entrada em vigor da Lei 16/2007 (Julho de 2007):



Fonte: DGS (dados revistos em 2010); Análise FPV

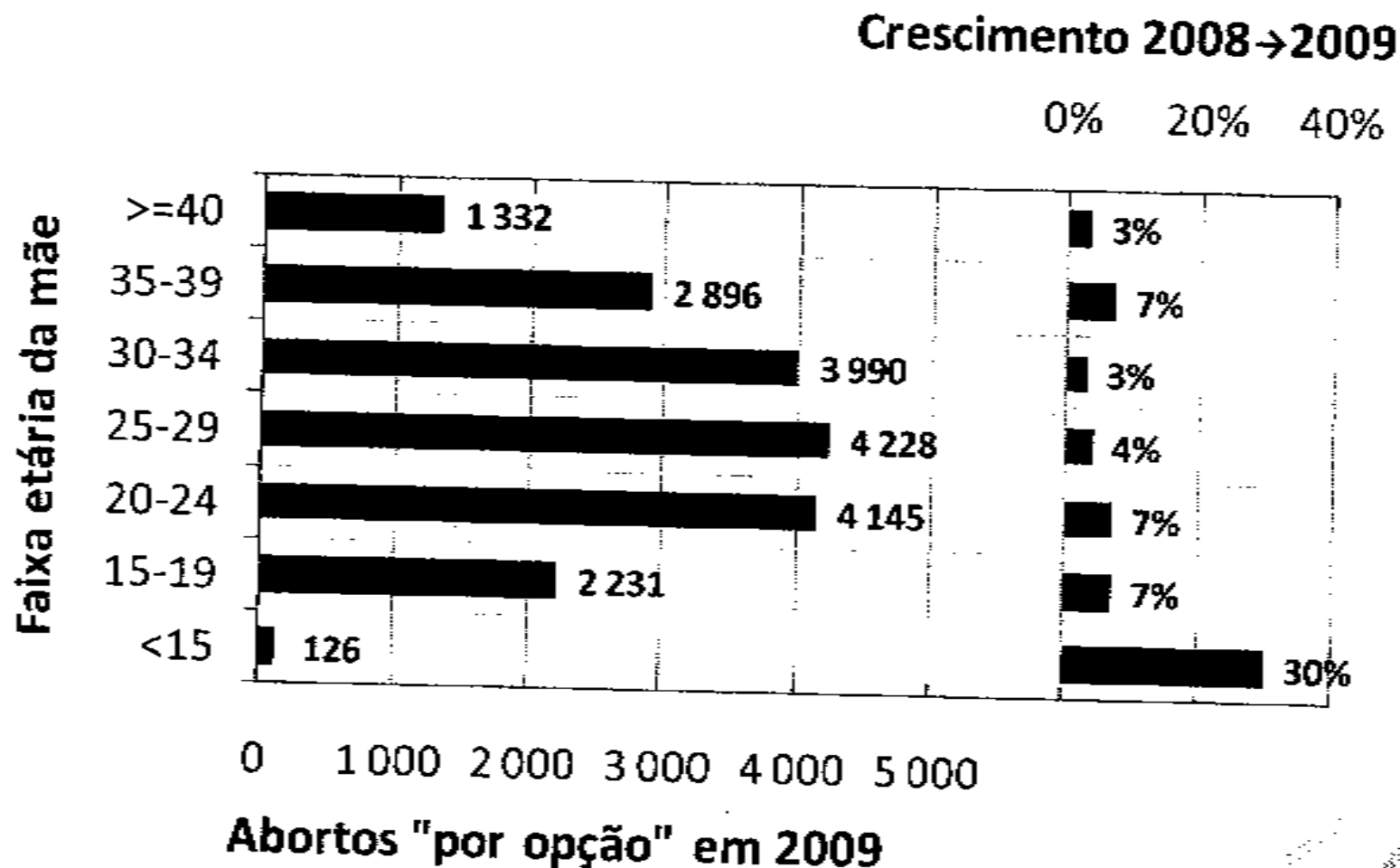
# Mais de 60 000 abortos legais “por opção da mulher” desde Julho de 2007



Fonte: DGS (dados revistos em 2010); Análise FPV

→ Aborto legal “por opção da mulher” representa mais de 97% do total de abortos legais realizados em Portugal desde Julho de 2007

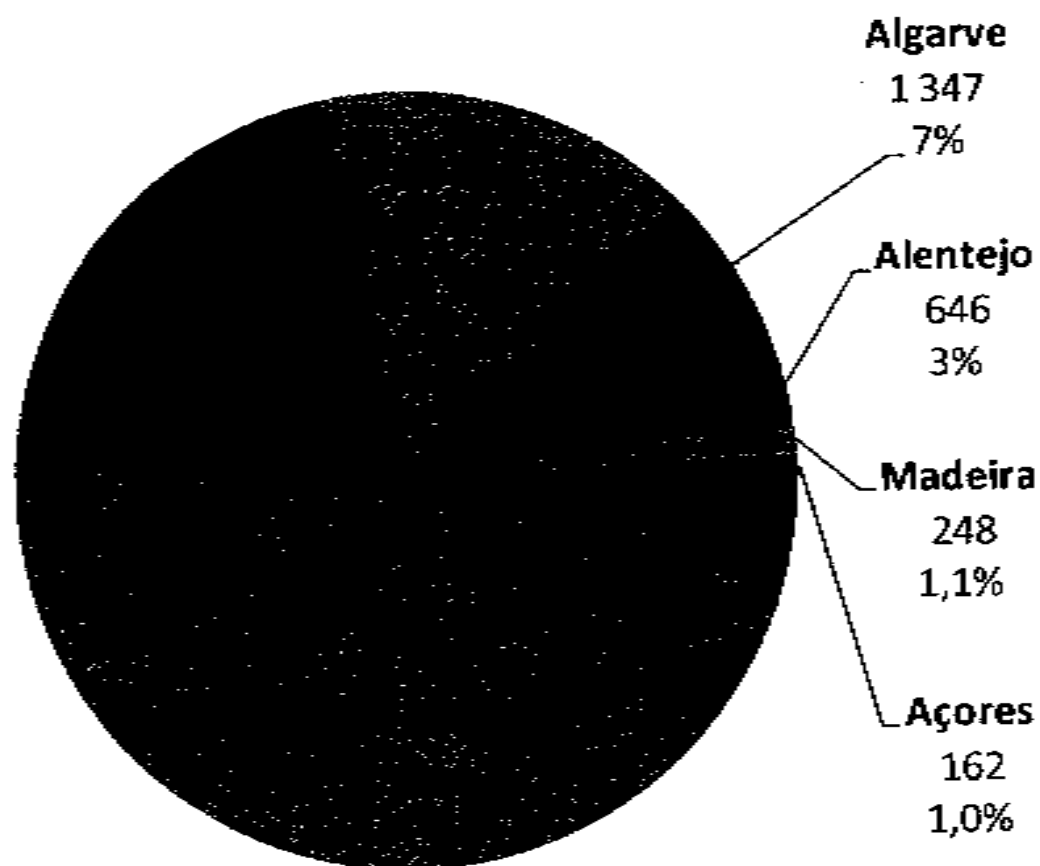
# O aborto "legal por opção" aumenta em todas as faixas etárias



Fonte: DGS; Análise F&V

# Mais de metade dos abortos “legais por opção” foram realizados por mulheres da região de Lisboa e Vale do Tejo

2009

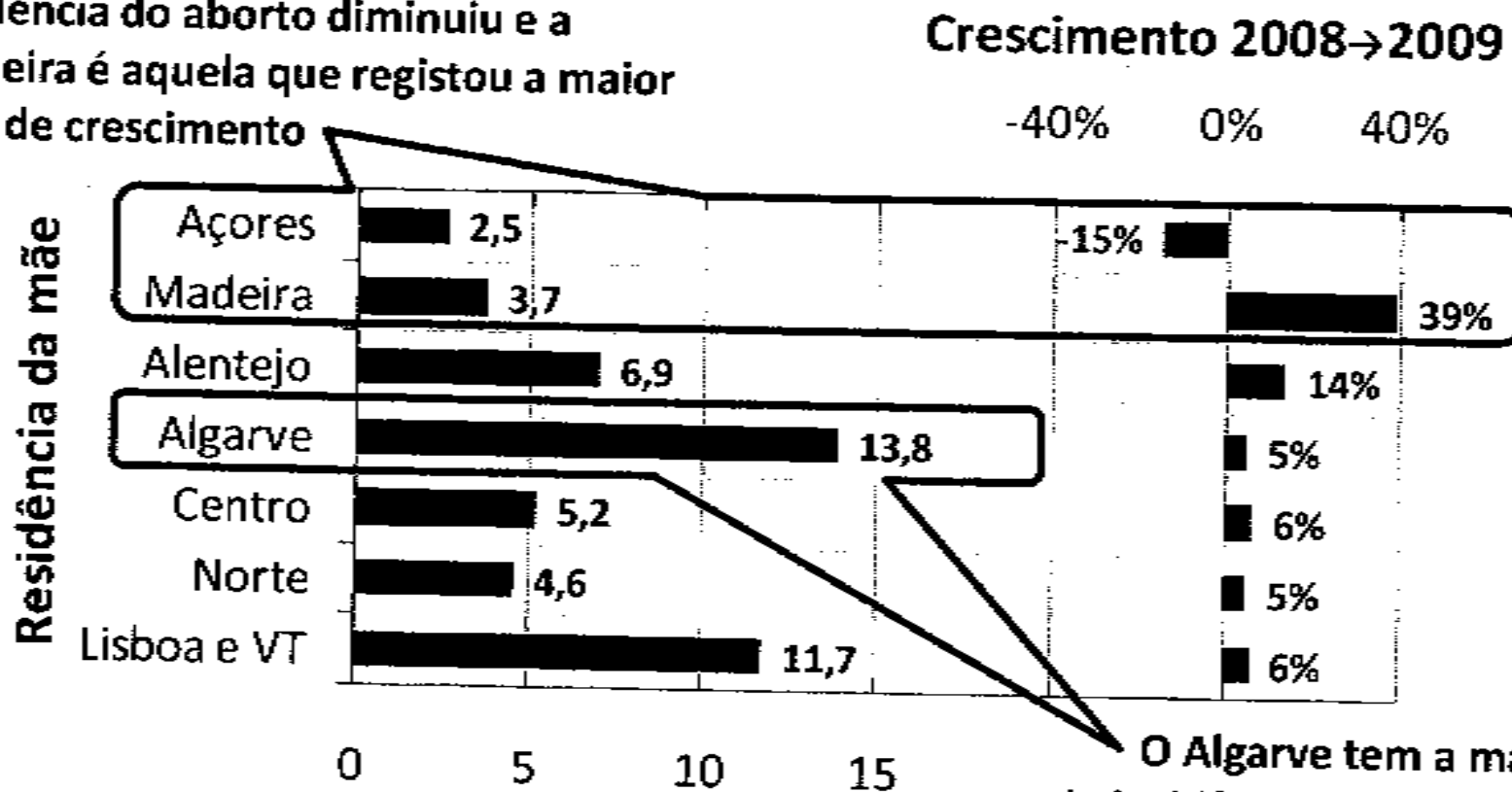


Fonte: DGS; Análise FPV

*Handwritten signature*

# O Algarve tem a maior taxa de incidência de aborto

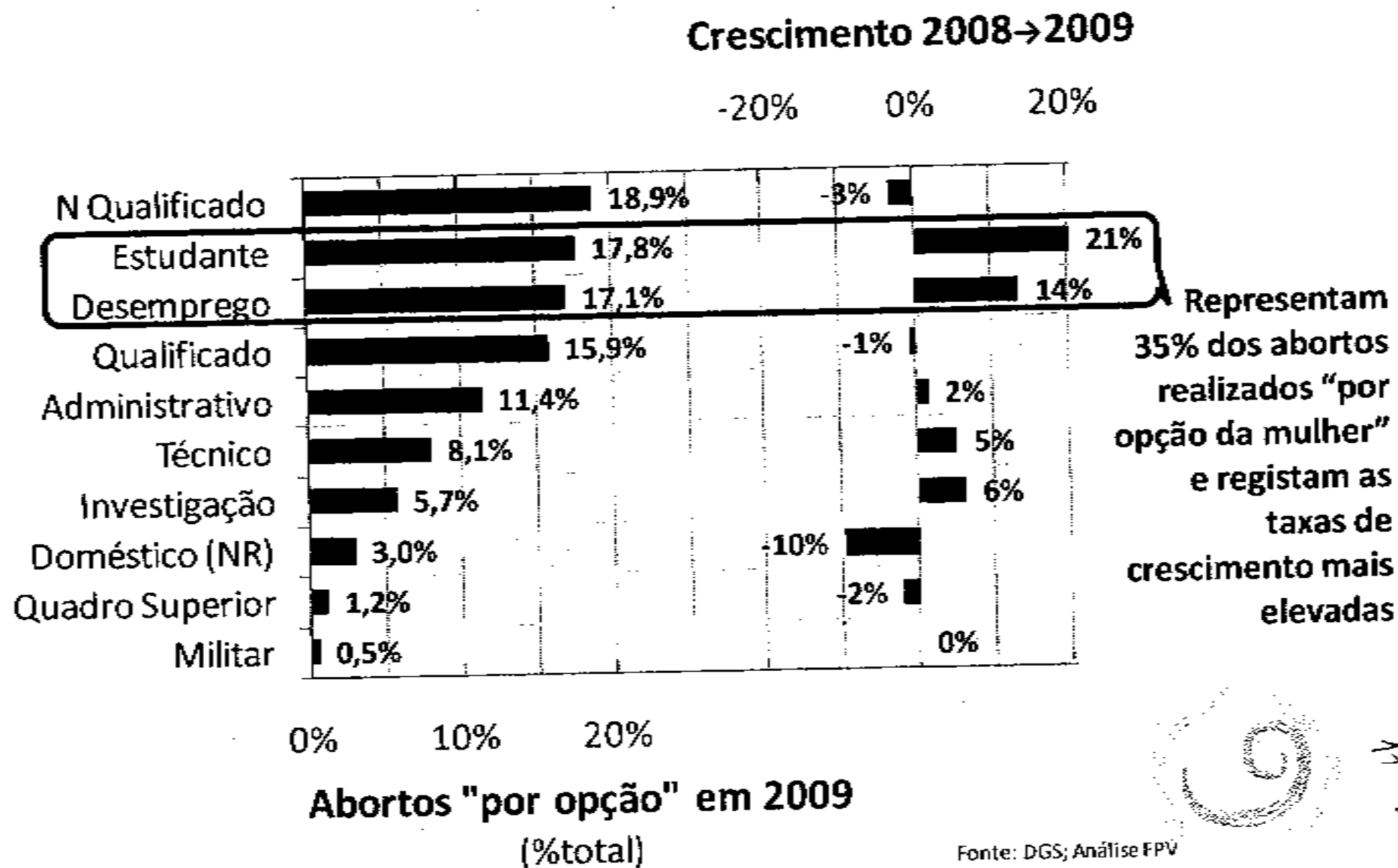
Os Açores são a única região em que a incidência do aborto diminuiu e a Madeira é aquela que registou a maior taxa de crescimento



**Abortos "por opção" em 2009**  
por 1000 mulheres entre os 15 e os 50 anos

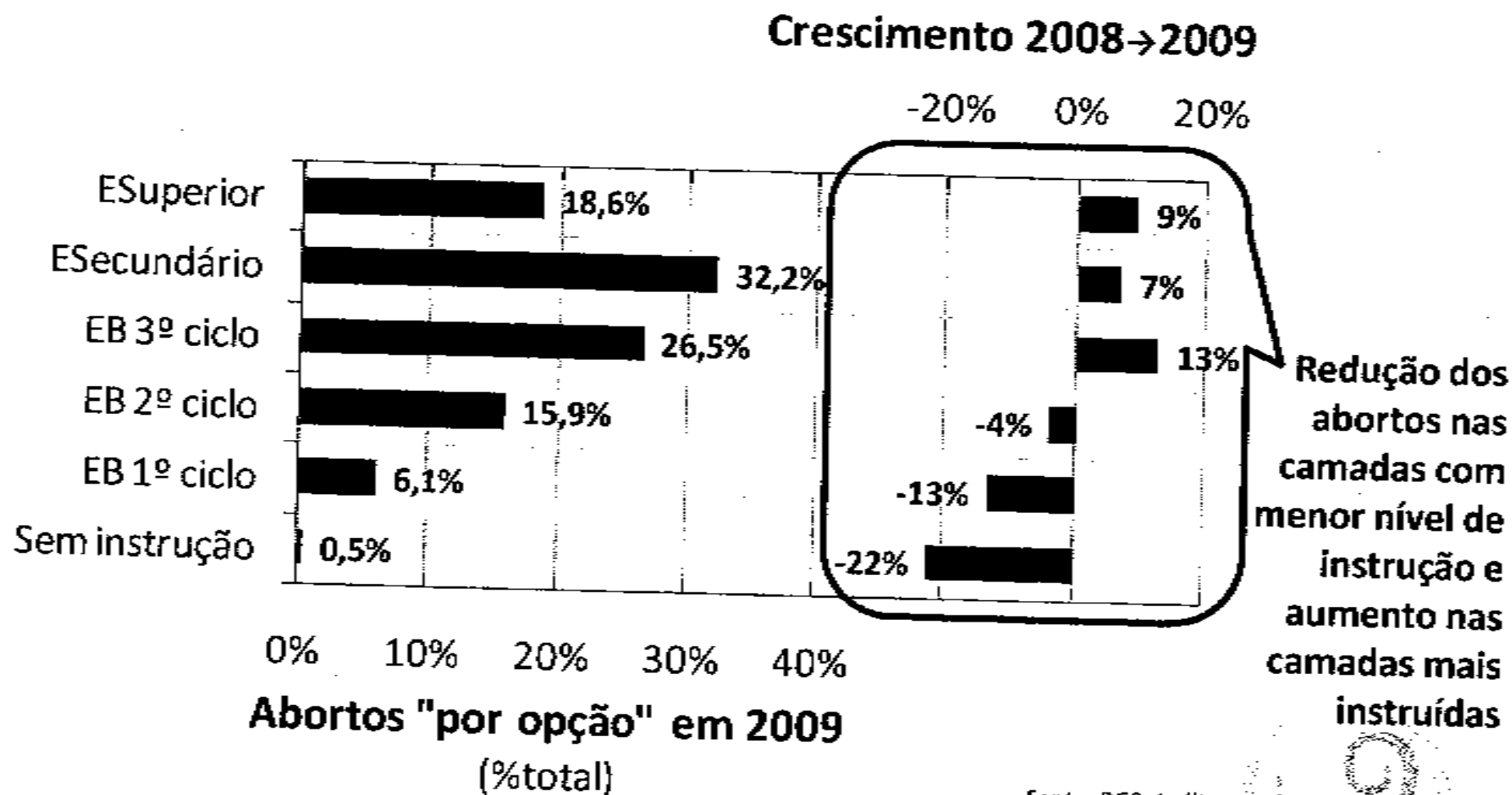
O Algarve tem a maior taxa de incidência de aborto do país, apesar de representar apenas 7% do total dos abortos realizados em Portugal em 2009

# Aborto aumenta mais entre mulheres estudantes e desempregadas





# Aborto "legal por opção" diminui nas camadas com menor nível de instrução

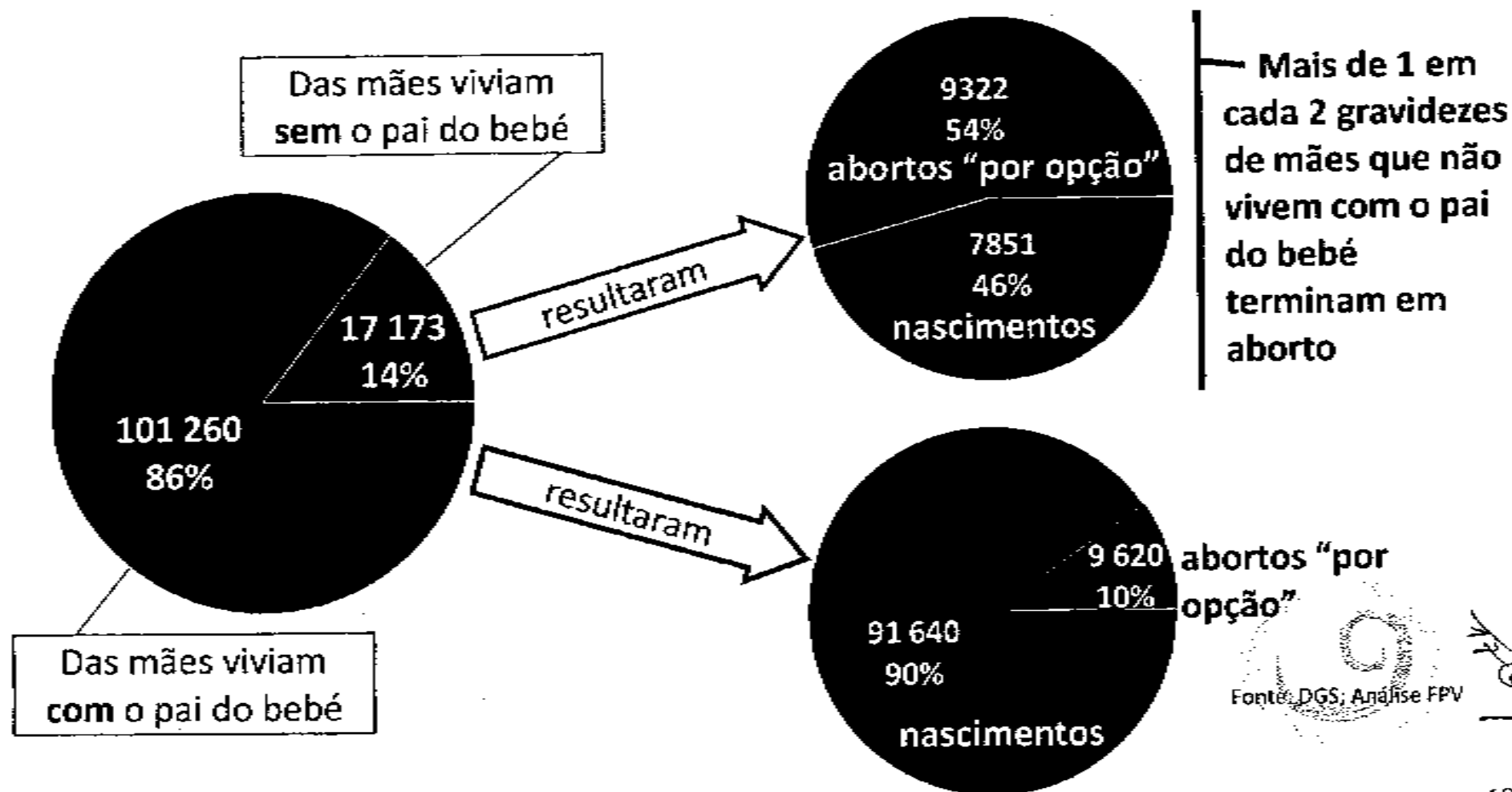


Fonte: DGS; Análise FPV

11/2/2011

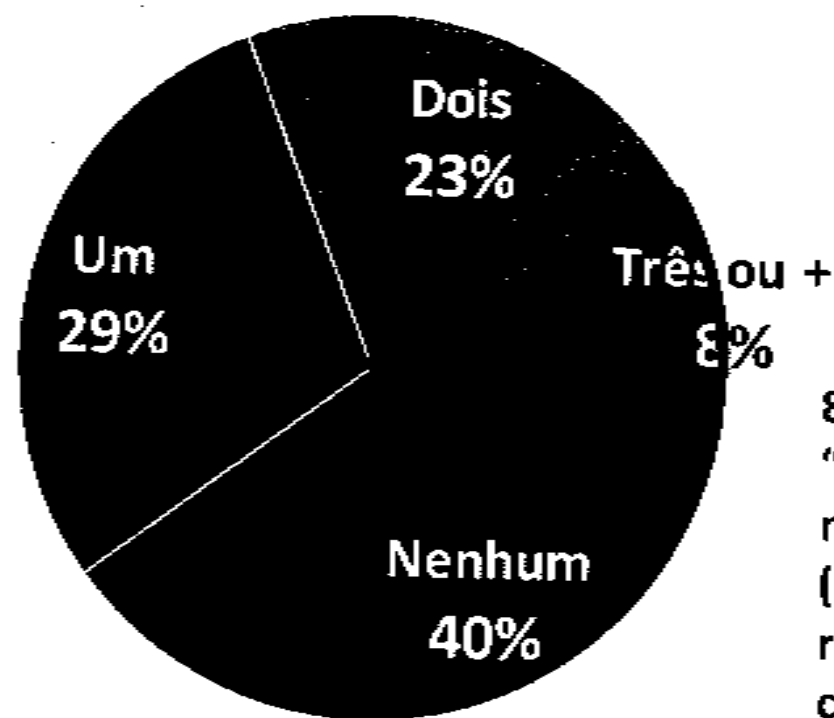
# A probabilidade de uma grávida abortar por opção é 5 vezes maior se não viver com o pai do bebé

Em 2009, 118 433 gravidezes terminaram com um nascimento ou com um aborto “por opção”. Destas gravidezes:



# 40% das mulheres que abortaram por opção em 2009 não tinham nenhum filho

Número de outros filhos que cada mulher que abortou "por opção" em 2009 tinha na altura:



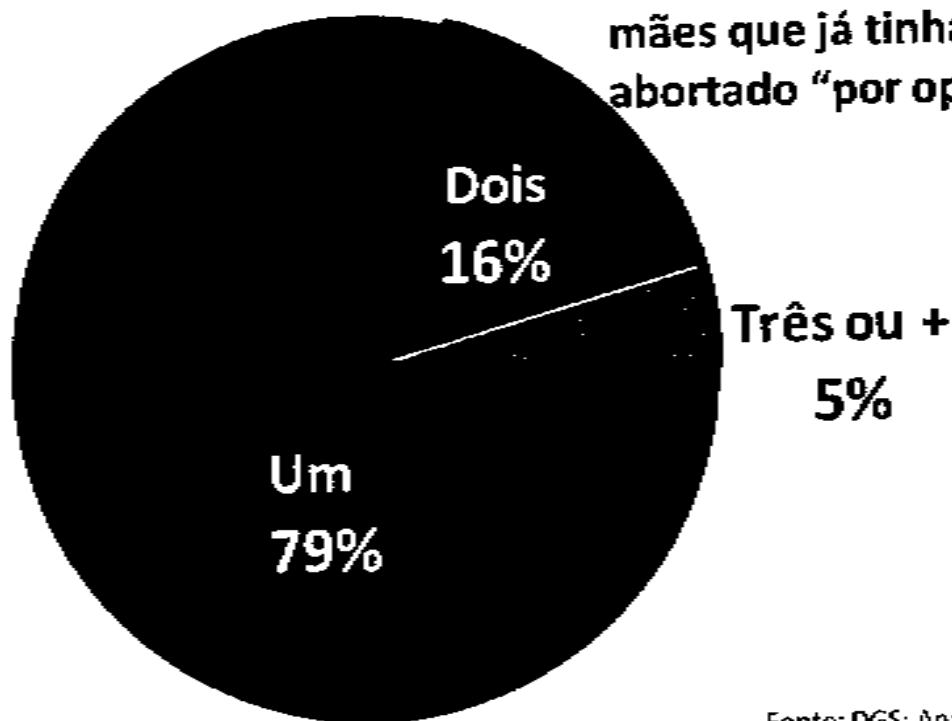
8% dos abortos legais "por opção da mulher" em 2009 (1 599) foram realizados por mães com 3 ou mais filhos

Fonte: DGS, Análise FPV

13/2/09

## 21% dos abortos “legais por opção” em 2009 foram de mulheres que já tinham abortado antes

Número de abortos realizados por cada uma das mulheres que abortou “por opção” em 2009:



21% dos abortos legais “por opção” em 2009 foram realizados por mães que já tinham abortado “por opção”

Fonte: DGS, Análise FPV

*“As mulheres já começam a ver a interrupção da gravidez como um método de planeamento familiar [...], como algo inócuo, sem consequências”*

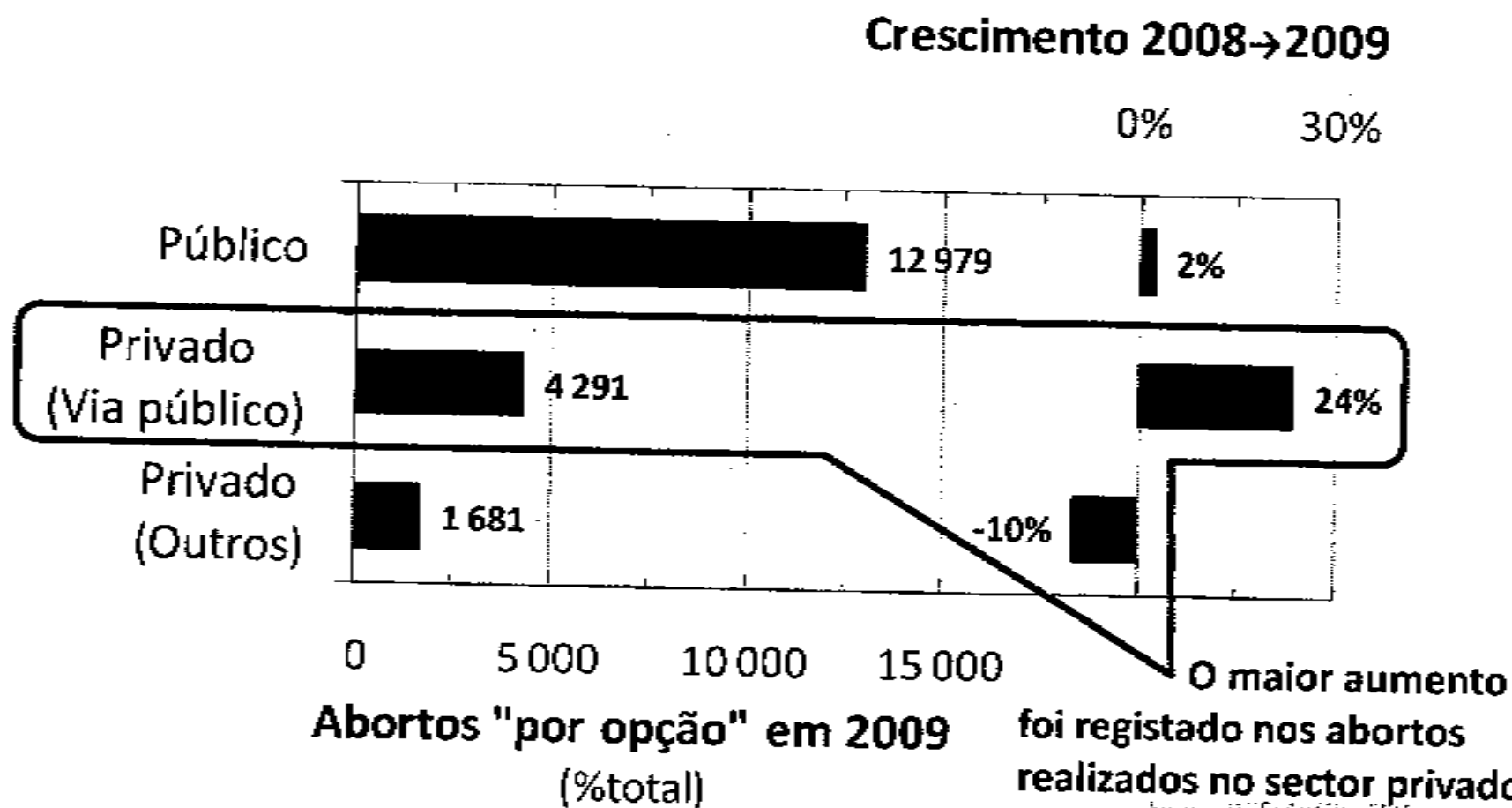
Pedro Canas Mendes, do Hospital Particular de Almada

*“O aborto recorrente está a tornar-se um grande problema de saúde pública”*

Miguel Oliveira e Silva, obstetra e professor de ética médica

in DN, Fevereiro de 2010

# Sector público encaminha cada vez mais abortos "por opção" para instituições privadas



## **Custo do aborto legal “por opção” próximo dos 100 milhões de euros**

---

- Os mais de 60 000 abortos legais “por opção” desde 2007 custaram ao Estado perto de **100 milhões de euros**
- Em 2011 há **422 educadoras de infância e 422 auxiliares** que não tiveram emprego por causa do aborto “por opção”
- Com os 60 000 abortos legais “por opção” perderam-se **85 milhões de euros por ano em contribuições para a Segurança Social**, já a partir de 2030



*Handwritten signature or initials, possibly 'M. Costa'.*



**Federação  
Portuguesa  
pela VIDA**

# **Liberalização do Aborto em Portugal, 4 anos depois**

Contactos:

Federação Portuguesa pela Vida  
Rua da Artilharia Um, 48 - 3º D  
1070-013 Lisboa

Telefone: 216 072 072 / 910 871 873  
E-mail: [f.p.p.vida@gmail.com](mailto:f.p.p.vida@gmail.com)

*Handwritten signature or initials.*



ESTA OBRA ENCONTRA-SE LICENCIADA SOB Creative Commons  
Atribuição-Use Não-Comercial 2.5 Portugal

Legislação Europeia

	MOTIVO	CONDIÇÕES	LIMITE GESTAÇÃO
ALEMANHA	Pedido da mulher* Perigo para a vida saúde da mãe malformação do feto** Por ter a gravidez resultado de crimes sexuais***	Aconselhamento obrigatório com espera 3 dias Opinião de um médico, tendo de haver uma segunda opinião médica no caso do aborto razões médicas e crimes sexuais	* 12 semanas. ** Sem limite *** 12 Semanas.
DINAMARCA	Pedido da mulher * Risco para a saúde e vida da mulher e malformação do feto**	Consentimento dos pais para menores de 18 anos Permissão de uma Comissão de 4 pessoas.	* 12 Semanas ** 6 Meses.
ESPAÑA	Violação e outros crimes sexuais* Risco de saúde e vida da mulher** Malformação do feto***	A violação tem de ser participada* Duas opiniões médicas** Três opiniões médicas***	* 12 Semanas ** Sem limite *** 22 Semanas.
FRANÇA	Pedido da mulher* Risco de saúde e vida da mulher e malformação do feto**	Consulta de um médico* Período de espera de uma semana após consulta* Opinião de 2 médicos e de um psicólogo ou profissional da área social**	* 12 Semanas ** 6 Meses.
GRÁ-BREITANHA	Razões sociais e económicas* Risco de saúde e vida da mulher, malformação do feto**	Consentimento de dois médicos Menores de 16 anos necessitam o consentimento dos pais ou tutor.	* Até 24 semanas. ** Sem limite.
GRÉCIA	Pedido da mulher* Risco para a saúde vida da mulher violação e outros crimes sexuais** Malformação do feto***	Consentimento dos pais para menores.	* 12 Semanas ** Até 20 semanas *** 24 Semanas.
HOLANDA	A pedido da mulher * Situação intolerável para a mulher, a ser definida juntamente por ela e pelo seu médico **	Consentimento dos pais para menores de 16 anos Espera obrigatória de 5 dias; Um médico tem de determinar se a mulher tomou a decisão livremente.	* Até 13 semanas ** Até 24 semanas.
ITALIA	Razões sociais e económicas* Razões médicas, mal formação do feto violação e outros crimes sexuais **	Certificado de um médico e período de espera de 7 dias; Menores de 18 anos precisam consentimento dos pais e de um juiz; Aconselhamento não obrigatório.	* 90 Dias * Até 90 dias. ** Mais de 90 dias.
LUXEMBURGO	Razões sociais e económicas * Razões médicas, mal formação do feto, violação e outros crimes sexuais**	Certificado de um médico e espera de 7 dias * Duas opiniões médicas para as situações de risco para a mulher e criança	* 12 Semanas ** Até 6 meses.

(Dados referentes a 2002)



Anexo III



1/5 Cas

Exma. Senhora  
Dra. Conceição Bessa Ruão  
Deputada  
Assembleia da República  
Comissão Parlamentar de Saúde  
Palácio de S. Bento  
1249-068 LISBOA

Sua referência	Sua comunicação de	Nossa referência DGS/DSPCD/DSR	Data 2011
----------------	--------------------	-----------------------------------	--------------

ASSUNTO: **Correção / Emenda ao ofício n.º11031 – n.º78/9ª/COM/2011**

A Direção-Geral da Saúde tem acesso aos dados que são inseridos por todas as Unidades de Saúde (Oficiais e Oficialmente reconhecidas) numa base on-line nacional.

A introdução dos dados deve ser realizada até ao 20º dia do mês subsequente ao da realização da intervenção.

Tem-se verificado, todos os anos, atrasos na introdução dos registos por parte das Unidades de Saúde, independente do motivo de IG (ou seja, para todos os motivos de IG). Este facto foi salientado nos Relatórios Anuais de 2009 e 2010, razão pela qual se tem procedido à correção (atualização) dos números registados, no ano subsequente.

Os dados relativos às IG de 2010, por altura da publicação do relatório anual de 2011, serão actualizados em Março de 2012.

A consulta da base às 12h30 de 27/9/2011, relativa às interrupções no período de 1/1/2010 a 31/12/2010, apresentava os seguintes registos:

- 19 935 Interrupções para todos os motivos de IG;
- 19 372 Interrupções por opção da mulher até às 10 semanas.

Melhores cumprimentos,

Francisco George  
Director-Geral da Saúde

111 ANOS  
1899-2011



2/5  
Gm

Exma. Senhora  
Dra. Conceição Bessa Ruão  
Deputada  
Assembleia da República  
Comissão Parlamentar de Saúde  
Palácio de S. Bento  
1249-068 LISBOA

Sua referência

Sua comunicação de

Nossa referência  
DGS/DSPCD/DSB

Data  
2011

ASSUNTO: Of. n.º82/9#/COM/2011

Conforme o solicitado seguem em anexo os dados referentes às interrupções de gravidez desagregados por hospitais à data de 27/09/2011.

Melhores cumprimentos,

*l. ssony*

*Francisco George*  
Francisco George  
Director-Geral da Saúde

Na resposta indicar sempre a nossa referência

Todos os motivos. Dia 27.9.2011

3/5/67

01. Hospital / Tipo de IG

Fechar 2º nível

TOTAIS DO RELATÓRIO		Nº	%
		19935	100,00
Hospital		Nº	%
Fechar	Centro de Saúde de Amarante	142	0,71
	Por opção da mulher	142	0,71
Fechar	Centro de Saúde de Paredes/Terras de São Vicente	202	1,01
	Por opção da mulher	202	1,01
Fechar	Centro de Saúde de Viana do Castelo	131	0,66
	Por opção da mulher	131	0,66
Fechar	Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.	166	0,83
	Grave doença ou malformação congénita do nascituro	2	0,01
	Por opção da mulher	164	0,82
Fechar	Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia	508	2,55
	Evitar perigo de morte ou grave e duradoura lesão para a saúde física ou psíquica da grávida	1	0,01
	Grave doença ou malformação congénita do nascituro	29	0,15
	Por opção da mulher	478	2,40
Fechar	Centro Hospitalar da Vila Real/Peso da Régua, E.P.E.	233	1,17
	Grave doença ou malformação congénita do nascituro	14	0,07
	Por opção da mulher	219	1,10
Fechar	Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E. - Unid. Guimarães	384	1,93
	Por opção da mulher	384	1,93
Fechar	Centro Hospitalar do Alto Minho, E.P.E.	89	0,45
	Gravidez resultante de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual	1	0,01
	Por opção da mulher	88	0,44
Fechar	Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, E.P.E.	299	1,50
	Por opção da mulher	299	1,50
Fechar	Centro Hospitalar do Funchal	301	1,51
	Grave doença ou malformação congénita do nascituro	18	0,09
	Por opção da mulher	281	1,41
	Único meio de remover perigo de morte ou grave lesão p/ o corpo ou p/ a saúde física ou psiq. da grávida	2	0,01
Fechar	Centro Hospitalar do Nordeste, E.P.E.	170	0,85
	Grave doença ou malformação congénita do nascituro	3	0,02
	Por opção da mulher	167	0,84
Fechar	Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/Vila do Conde	136	0,68
	Por opção da mulher	136	0,68
Fechar	Clinica dos Arcos	5853	29,41
	Por opção da mulher	5853	29,41
Fechar	Hospital Amato Lusitano	104	0,52
	Grave doença ou malformação congénita do nascituro	3	0,02
	Por opção da mulher	101	0,51
Fechar	Hospital da Moura	58	0,29
	Grave doença ou malformação congénita do nascituro	1	0,01
	Por opção da mulher	57	0,29
Fechar	Hospital de Chaves	56	0,28
	Por opção da mulher	56	0,28
Fechar	Hospital de Faro	842	4,22
	Evitar perigo de morte ou grave e duradoura lesão para a saúde física ou psíquica da grávida	3	0,02

Todos os motivos. Dia 27.9.2011

46  
5

	Grave doença ou malformação congénita do nascituro	29	0,15
	Por opção da mulher	810	4,06
Fechar	Hospital de S. Bernardo, E.P.E.	627	3,15
	Gravidez resultante de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual	1	0,01
	Por opção da mulher	626	3,14
Fechar	Hospital de S. Sebastião, E.P.E.	282	1,41
	Por opção da mulher	282	1,41
Fechar	Hospital Distrital da Figueira da Foz	107	0,54
	Por opção da mulher	107	0,54
Fechar	Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.	13	0,07
	Grave doença ou malformação congénita do nascituro	13	0,07
Fechar	Hospital do Barlavento Algarvio, E.P.E.	491	2,48
	Por opção da mulher	491	2,46
Fechar	Hospital Dona Estefânia	246	1,23
	Grave doença ou malformação congénita do nascituro	1	0,01
	Por opção da mulher	245	1,23
Fechar	Hospital dos Lusitãos	6	0,03
	Grave doença ou malformação congénita do nascituro	6	0,03
Fechar	Hospital Dr. Fernando Fonseca, E.P.E.	21	0,11
	Grave doença ou malformação congénita do nascituro	21	0,11
Fechar	Hospital Garcia de Orta	785	3,94
	Evitar perigo de morte ou grave e duradoura lesão para a saúde física ou psíquica da grávida	7	0,04
	Grave doença ou malformação congénita do nascituro	22	0,11
	Por opção da mulher	756	3,79
Fechar	Hospital Infante D. Pedro, E.P.E.	284	1,42
	Por opção da mulher	284	1,42
Fechar	Hospital Nossa Senhora do Rosário, E.P.E.	509	2,55
	Por opção da mulher	509	2,55
Fechar	Hospital Padre Américo, E.P.E.	16	0,08
	Grave doença ou malformação congénita do nascituro	15	0,08
	Por opção da mulher	1	0,01
Fechar	Hospital Pedro Hispano, E.P.E. (ULSM)	220	1,10
	Gravidez resultante de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual	1	0,01
	Por opção da mulher	219	1,10
Fechar	Hospital Reynaldo dos Santos	538	2,70
	Gravidez resultante de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual	4	0,02
	Por opção da mulher	634	2,66
Fechar	Hospital S. João de Deus, E.P.E.	134	0,67
	Por opção da mulher	134	0,67
Fechar	Hospital S. João, E.P.E.	500	2,51
	Por opção da mulher	500	2,51
Fechar	Hospital S. Marcos	241	1,21
	Por opção da mulher	241	1,21
Fechar	Hospital SAMS	121	0,61
	Grave doença ou malformação congénita do nascituro	17	0,08
	Por opção da mulher	104	0,52
Fechar	Hospital Santa Maria, E.P.E.	540	2,71
	Evitar perigo de morte ou grave e duradoura lesão para a saúde física ou psíquica da grávida	1	0,01
	Grave doença ou malformação congénita do nascituro	33	0,17
	Por opção da mulher	502	2,52

Todos os motivos. Dia 27.9.2011

5/567

	Único meio de remover perigo de morte ou grave lesão p/ o corpo ou p/ a saúde física ou psiq. da grávida	4	0,02
Fachar	Hospital Santo André, E.P.E.	384	1,83
	Por opção da mulher	384	1,83
Fachar	Hospital São Teotónio, E.P.E.	461	2,31
	Evitar perigo de morte ou grave e duradoura lesão para a saúde física ou psíquica da grávida	1	0,01
	Grave doença ou malformação congénita do nascituro	18	0,09
	Por opção da mulher	442	2,22
Fachar	HPP Hospital de Cascais Dr. José D'Almeida	180	0,90
	Por opção da mulher	180	0,90
Fachar	Maternidade Bissaya Barreto	852	3,27
	Grave doença ou malformação congénita do nascituro	86	0,43
	Gravidez resultante de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual	1	0,01
	Por opção da mulher	565	2,83
Fachar	Maternidade Daniel de Matos	122	0,61
	Grave doença ou malformação congénita do nascituro	1	0,01
	Por opção da mulher	120	0,60
	Único meio de remover perigo de morte ou grave lesão p/ o corpo ou p/ a saúde física ou psiq. da grávida	1	0,01
Fachar	Maternidade Dr. Alfredo da Costa	1628	8,17
	Evitar perigo de morte ou grave e duradoura lesão para a saúde física ou psíquica da grávida	57	0,28
	Grave doença ou malformação congénita do nascituro	92	0,46
	Gravidez resultante de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual	1	0,01
	Por opção da mulher	1476	7,40
	Único meio de remover perigo de morte ou grave lesão p/ o corpo ou p/ a saúde física ou psiq. da grávida	2	0,01
Fachar	Maternidade Júlio Diniz	1057	5,30
	Evitar perigo de morte ou grave e duradoura lesão para a saúde física ou psíquica da grávida	1	0,01
	Grave doença ou malformação congénita do nascituro	48	0,24
	Gravidez resultante de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual	2	0,01
	Por opção da mulher	1006	5,05
Fachar	Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.	86	0,43
	Por opção da mulher	86	0,43

06. Tipo de IG / Referência (só motivo 5)

Ver 2º Nível

TOTAIS DO RELATÓRIO		Nº	%
		19372,00	100,00
	Motivo	Nº	%
Fachar	Por opção da mulher	19372,00	100,00
	Encaminhamento de clínica/médico privado	876,00	4,52
	Encaminhamento do Centro de Saúde	7824,00	40,39
	Encaminhamento do Hospital Público	2697,00	14,95
	Iniciativa própria	7355,00	37,97
	Outro	420,00	2,17



PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS  
Gabinete da Secretária de Estado dos Assuntos Parlamentares e da Igualdade

ANEXO IV

1/3  
3/1

Of. n.º 1466/SEAPI - 20 Setembro 2011

Exma. Senhora  
Presidente da Comissão de Saúde  
Deputada Maria Antónia Almeida  
Santos

Assunto: Pedido de Informação - Petição n.º 157/XI/2.ª - "Avaliação da realidade do aborto em Portugal" - iniciativa da Federação Portuguesa pela Vida

Em resposta ao V/Ofício n.º 41/9.ª/COM/2011, de 28 de Julho, encarregame a Senhora Secretária de Estado dos Assuntos Parlamentares e da Igualdade de junto remeter cópia do ofício n.º 5539 de 24 de Agosto, do Gabinete do Senhor Ministro da Saúde, respeitante ao assunto em epígrafe.

Com os melhores cumprimentos,

A Chefe do Gabinete



Marina Resende

Ofício N.º 5539  
Data: 24-08-2011



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Gabinete do Ministro da Saúde

2/369

Gabinete do Secretário de Estado  
dos Assuntos Parlamentares e da Igualdade

Entrada N.º 1296

Data 20 / 09 / 2011

Exma. Senhora  
Chefe de Gabinete da  
Secretária de Estado dos Assuntos  
Parlamentares e da Igualdade  
Dra. Marina Resende

Sua referência  
Of.º n.º 172/GMAAP

Sua comunicação  
01.08.2011

Nossa referência  
Entrada - 8577/2011

ASSUNTO: Petição n.º 157/XI/2.º - Avaliação da realidade do aborto em Portugal.

Com referência ao assunto mencionado em epígrafe, a fim de prestar a informação solicitada, destacam-se os dados mais relevantes do Relatório de Interrupção da Gravidez de 2010 que se anexa:

- a) Em 2010, o total de interrupções, independentemente dos motivos, foi de 19.436, número inferior ao registado em 2009. Tal como já aconteceu em anos anteriores, as Interrupções da Gravidez (IG) por opção da mulher até às 10 semanas, constituem 97% das interrupções realizadas.
- b) Em 2010 registaram-se 18.911 IG por opção da mulher até às 10 semanas, número igualmente inferior ao registado em 2009.
- c) Em Portugal cerca de dois terços das IG ocorrem em mulheres com idades compreendidas entre os 20 e os 34 anos, coerente com a distribuição dos nascidos vivos por grupo etário da mãe.
- d) Em 68,5% dos casos as IG por opção da mulher foram realizadas em unidades do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Ao longo destes anos esta variação tem-se mantido estável entre os 68-70%.
- e) A distribuição das IG por procedimento no ano de 2010 foi idêntica à dos anos anteriores. Nas unidades do SNS a grande maioria das interrupções (97%) é realizada utilizando o método medicamentoso; nas unidades privadas a quase totalidade das interrupções é realizada pelo método cirúrgico (98%).
- f) Em 2010, 97% das mulheres que realizaram uma IG por opção escolheram um método de contraceção. Nos vários relatórios já publicados, a percentagem de utilização de contraceção pós-interrupção da gravidez por opção da mulher, varia



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Gabinete do Ministro da Saúde

3/3  
6/1

- entre 94-97%. Entre as mulheres que realizam contraceção, um terço opta por um método contraceptivo de longa duração (dispositivo intra-uterino, implante contraceptivo ou laqueação de trompas).
- g) Entre as mulheres que realizaram, em 2010, uma IG por opção 75,41% nunca tinha realizado anteriormente uma interrupção.
  - h) Do total de mulheres que fizeram uma IG por opção em 2010: 1,86% tinham realizado outra IG em 2010; 6,36% tinham realizado outra IG em 2009; 4,63% tinham realizado outra IG em 2008.
  - i) O ano de 2010 revela uma diminuição nos números de interrupção de gravidez, porém, a redução do número de gravidezes não desejadas deve assentar numa estratégia sustentada de educação sexual, acessibilidade a métodos de contraceção e promoção da contraceção eficaz e segura.

Mais informação pode ser obtida em [www.saude.reprodutiva.dgs.pt](http://www.saude.reprodutiva.dgs.pt).

Com os melhores cumprimentos,

O Chefe de Gabinete,

(Luís Vítório)



ANEXO V

1/2/11

ORDEM DOS MÉDICOS CONSELHO NACIONAL EXECUTIVO	
N.º	8034
Data:	30-08-11
Ref.º	SA

Exmo. Senhor

Bastonário da Ordem dos Médicos

Prof. Doutor José Manuel Silva

Porto, 25 de Agosto de 2011

Assunto: Petição nº 15/XI/2º (Avaliação da Realidade do Aborto em Portugal)

Em relação ao pedido de Parecer solicitado por V. Exa. sobre o assunto em referência, a Direcção do Colégio da Especialidade de Ginecologia/Obstetrícia da Ordem dos Médicos, independentemente da posição político/ideológica de cada um dos seus membros, procurou realizar uma reflexão (ainda que sumária dado o escasso tempo disponível) sobre a petição enviada em anexo e pronunciar-se exclusivamente sobre aspectos técnicos e de política de saúde. Para esse efeito utilizou o depoimento pessoal dos membros da Direcção e os dados dos relatórios de 2008, 2009 e 2010 da Direcção-Geral de Saúde ([www.saude.reprodutiva.dgs.pt](http://www.saude.reprodutiva.dgs.pt)) ainda que, com os mesmos números, em alguns pontos as conclusões da Direcção do Colégio sejam diferentes das constantes dos relatórios.

- 1 – Existe facilidade de acesso à Interrupção da gravidez (IG) e em particular à sua repetição, encontrando-se desprotegidas outras áreas prioritárias.
- 2 – Existe alguma facilidade de utilização da IVG como método de contracepção, com importantes percentagens de repetição de IVG pelas mesmas mulheres no mesmo ano ou em anos subsequentes.
- 3 – Não é entendível a isenção de taxa moderadora e o reembolso a 100% (situação de baixa sem desconto) quando comparado com situações de doença.
- 4 – Existe um elevado abstencionismo às consultas de contracepção pós IG.
- 5 – O número de IGs aumentou até cerca de 19.500 em 2009 tendo estacionado em torno desse número em 2010.
- 6 – Das IGs, apenas uma escassa percentagem se realiza por indicação médica por risco ou motivo de saúde da mulher (0,38%). Por doença grave ou malformação do feto (2,26%). As

2/2011

interrupções por opção da mulher (IVGs) são a esmagadora maioria das IGs (97,3%) com 18.951 em 2009 e 18.911 em 2010.

7 – As IVGs realizam-se principalmente nos centros urbanos, sendo 55,2 % em Lisboa e Vale do Tejo e cerca de 70% no sistema público (quase exclusivamente – 51,84% - de mulheres residentes nessa região).

Região Norte – 21,42%; Região Centro – 12,98%.

8 – 17,68% das IVGs são efectuadas em mulheres de nacionalidade não portuguesa.

9 - 46% das mulheres que efectuam IVG possuem apenas o ensino básico (1º + 2º + 3º ciclo) e 34% o ensino secundário.

10 – 40% das mulheres que efectuaram IVG não tinha filhos (indicador de ausência ou falência de contracepção).

11 – 24,5% das mulheres tinham efectuado IGs anteriores. 11,74% antes de 2008 e 12,85% tinham repetido IVG entre 2008 e 2010, com 1,86% durante o ano de 2010.

Com os melhores cumprimentos,

Pela Direcção do Colégio da Especialidade de Ginecologia/Obstetrícia da Ordem dos Médicos

Prof. Doutor João Luis Silva Carvalho

(Presidente)

Sua referência: \_\_\_\_\_

Exmo. Senhor

Dr. António Mendes

Chefe de Gabinete de Sua Exa.

a Ministra da Saúde

Av. João Crisóstomo, nº 9

1049-062 Lisboa

Nossa referência: UOFC  
ACSS - 03330 - 111/FEB/16

C/c DGS \_\_\_\_\_

ASSUNTO: **Pergunta nº 1467/XII/2ª de 29 de Dezembro de 2010**

Em resposta à pergunta em epígrafe, esclarecermos o seguinte:

A informação que a seguir se apresenta reporta-se aos Hospitais do SNS sobre os quais este Instituto tem responsabilidade directa em termos de contratualização e financiamento. Não inclui por isso os dados relativos de 2007 e 2008 do Hospital Fernando da Fonseca, altura em que aquele hospital tinha contrato de gestão privada com a ARSLVT, nem os dados referentes aos actuais hospitais em regime de Parcerias Publicas Privadas<sup>1</sup>. De igual forma, não inclui os dados relativos às interrupções da gravidez realizadas directamente nas entidades privadas, por procura directa das utentes.

No Anexo I ao presente ofício, encontra-se a informação relativa à interrupção da gravidez até às 10 semanas em ambulatório, recolhida junto dos hospitais do SNS<sup>2</sup>.

Na Tabela I do referido Anexo apresenta-se a evolução, desde 2007, da produção realizada no âmbito da interrupção da gravidez até às 10 semanas em ambulatório, quer por via medicamentosa (40.251) quer por via cirúrgica (7.639), num total de 47.890 interrupções. Destas, cerca de 18,5% foram subcontratadas pelos hospitais a entidades privadas.

De acordo com a informação presente na Tabela II, a facturação dos hospitais do SNS devida à interrupção da gravidez até às 10 semanas realizada em ambulatório correspondeu a um total de 15.004.761,97 € (do qual cerca de 29% corresponde a produção subcontratada a entidades privadas).

<sup>1</sup> HPP - Hospital de Cascais, Dr. José de Almeida (2009 e 2010) e Hospital de Braga (2010).

<sup>2</sup> Informação não exaustiva já que 3 instituições não reportaram dados.



2/64  
7

Nas Tabelas III e IV apresenta-se a informação dos episódios de interrupções de gravidez codificados e agrupados em GDH (GDH 380 e GDH 381, da Tabela de preços do SNS, Portaria n.º 132/2009 de 30 de Janeiro, publicada no DR 1.ª Série, N.º 21 de 30 de Janeiro de 2009).

Os dados apresentados dizem respeito aos episódios cujo diagnóstico principal tenha sido interrupção da gravidez induzida por indicação legalmente admitida (códigos da CID-9-MC 635.00 a 635.92), independentemente do tempo de gestação e do motivo (encontram-se por isso incluídos tanto os motivos legais previstos anteriormente à entrada em vigor da Lei 16/2007, de 17 de Abril, como era o caso das malformações congénitas ou das gravidezes resultantes de crime contra a liberdade e autodeterminação da mulher como, no caso do internamento, as interrupções da gravidez por opção da mulher, motivo introduzido com a entrada em vigor da referida Lei).

A informação apresentada reporta-se à existente na base de dados nacional de GDH, valorizada de acordo com o estipulado nos Contratos-Programa celebrados com os hospitais do SNS. De referir que os dados relativos a 2010 são ainda provisórios.

Assim, de acordo com a Tabela III do Anexo em apreço, a produção desde 2007 totalizou 9.504,60 doentes equivalentes<sup>3</sup>, num total de 17.306.996,01 € (Tabela IV).

Na Tabela V apresenta-se o total facturado para a interrupção da gravidez induzida independentemente do tempo de gestação, do motivo legal ou da modalidade (internamento ou ambulatório): 32.311.757,98 €.

Salientamos mais uma vez que os dados reportados se referem apenas à produção realizada nos hospitais do SNS ou realizada em entidades privadas por referência de hospitais do SNS.

Por último, informamos que este Instituto, responsável pela distribuição das verbas afectas ao Orçamento de Estado do Ministério da Saúde pelas diferentes instituições que integram o SNS, não dispõe de informação relativamente a "apoios sociais conexos", conforme referido na questão colocada.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho Directivo

(Manuel Teixeira)

<sup>3</sup> Os doentes equivalentes, num dado GDH, correspondem aos episódios de internamento que se obtêm após a transformação dos dias de internamento dos episódios de curta duração e dos doentes transferidos de cada GDH, em episódios equivalentes aos episódios típicos ou normais do respectivo GDH.



3/7 Gay

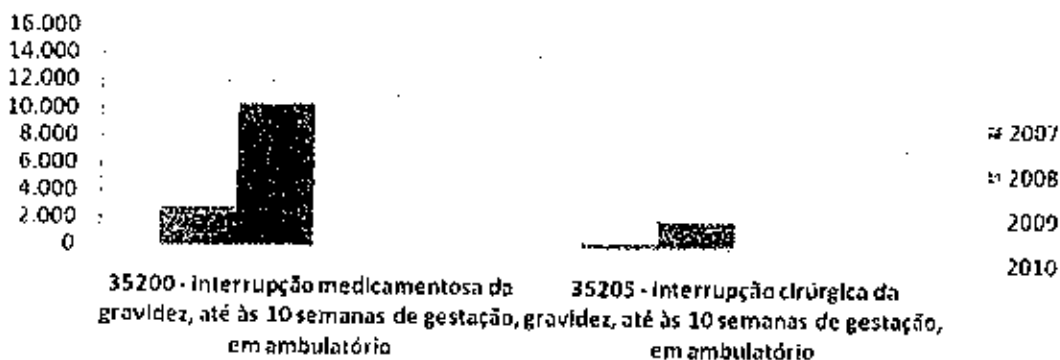
## Anexo I

Tabela I - Interrupção da Gravidez até 10 semanas em ambulatório  
Produção 2007 a 2010

ANOS	35200 - Interrupção medicamentosa da gravidez, até às 10 semanas de gestação, em ambulatório	35205 - Interrupção cirúrgica da gravidez, até às 10 semanas de gestação, em ambulatório	Total
2007	2.851	459	3.310
2008	10.382	2.109	12.491
2009	13.411	2.402	15.813
2010	13.607	2.669	16.276
TOTAL	40.251	7.639	47.890

Nota: Os dados apresentados referem-se à produção realizada nos hospitais do SNS ou realizada em entidades privadas por referência de hospitais do SNS. Não inclui por isso as interrupções realizadas directamente nas entidades privadas.

Gráfico I - Interrupção da Gravidez até 10 semanas em ambulatório  
Produção 2007 a 2010



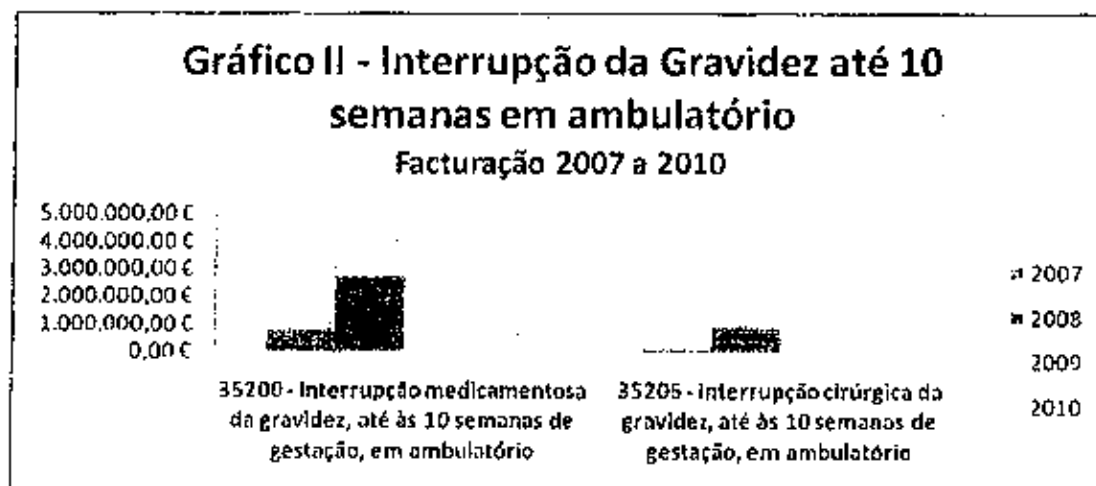
4/6/11

**Tabela II - Interrupção da Gravidez até 10 semanas em ambulatório  
 Facturação 2007 a 2010**

ANOS	35200 - Interrupção medicamentosa da gravidez, até às 10 semanas de gestação, em ambulatório	35205 - Interrupção cirúrgica da gravidez, até às 10 semanas de gestação, em ambulatório	Total
2007	796.043,22 €	142.107,60 €	938.150,82 €
2008	2.745.107,00 €	936.304,60 €	3.681.411,60 €
2009	3.798.622,15 €	1.841.756,60 €	5.640.378,75 €
2010	3.864.115,20 €	1.380.705,60 €	5.244.820,80 €
<b>TOTAL</b>	<b>21.203.887,57 €</b>	<b>3.800.874,40 €</b>	<b>15.004.761,97 €</b>

Nota: Os dados apresentados referem-se à produção realizada nos hospitais do SNS ou realizada em entidades privadas por referênciação de hospitais do SNS. Não inclui por isso as interrupções realizadas directamente nas entidades privadas.

**Gráfico II - Interrupção da Gravidez até 10 semanas em ambulatório  
 Facturação 2007 a 2010**



Fonte: Hospitais SNS

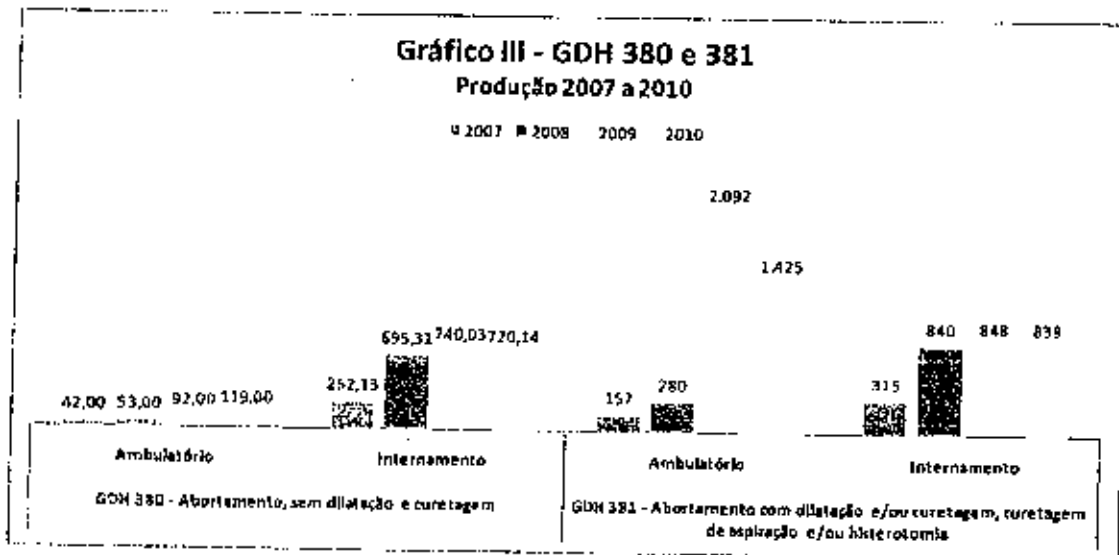


5/6/11

Tabela III  
 Produção 2007 a 2010 (Doentes equivalentes)<sup>4</sup>

ANOS	GDH 380 - Abortamento, sem dilatação e curetagem <sup>5</sup>		GDH 381 - Abortamento com dilatação e/ou curetagem, curetagem de aspiração e/ou histerotomia <sup>6</sup>		Total
	Ambulatório	Internamento	Ambulatório	Internamento	
2007	42,00	252,13	152	315	761,13
2008	53,00	695,31	280	840	1.868,31
2009	92,00	740,03	2.092	848	3.772,03
2010	119,00	720,14	1.425	839	3.103,14
TOTAL	306,00	2.407,60	3.949	2.842	9.504,60
		2.713,60		6.791	

Nota: Os dados apresentados referem-se à produção realizada nos hospitais do SNS ou realizada em entidades privadas por referenciação de hospitais do SNS. Não inclui por isso as interrupções realizadas directamente nas entidades privadas.



Fonte: Base de dados nacional de GDH; Contratos-Programa

<sup>4</sup> Ver nota 3.

<sup>5</sup> Considerando o diagnóstico principal interrupção da gravidez induzida por indicação legalmente admitida (códigos da CID-9-MC 635.00 a 635.92), independentemente do tempo de gestação e do motivo (encontram-se por isso incluídos tanto os motivos legais previstos anteriormente à entrada em vigor da Lei 16/2007, de 17 de Abril, como era o caso das malformações congénitas ou das gravidezes resultantes de crime contra a liberdade e autodeterminação da mulher, como as interrupções da gravidez por opção da mulher, motivo introduzido com a entrada em vigor da referida Lei).

<sup>6</sup> Idem

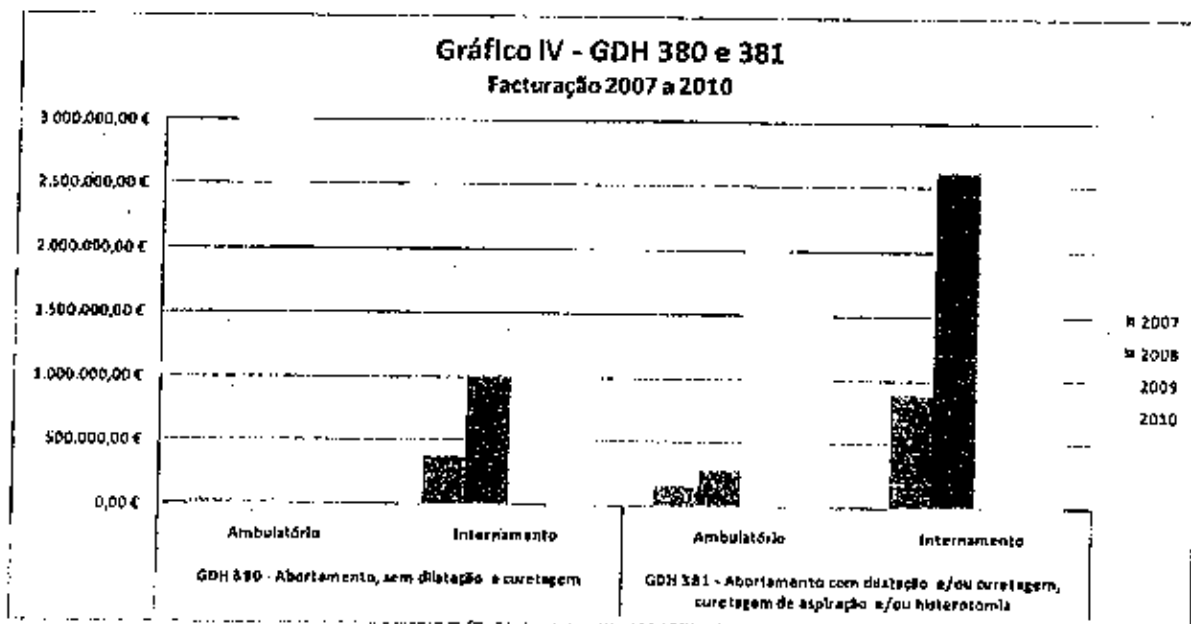


6/6  
7

**Tabela IV**  
**Facturação 2007 a 2010**

Anos	GDH 380 - Abortamento, sem dilatação e curetagem <sup>7</sup>		GDH 381 - Abortamento com dilatação e/ou curetagem, curetagem de aspiração e/ou histerotomia <sup>8</sup>		Total
	Ambulatório	Internamento	Ambulatório	Internamento	
2007	40.976,78 €	381.061,32 €	165.191,44 €	883.679,70 €	1.470.909,25 €
2008	32.724,11 €	1.007.479,19 €	293.172,40 €	2.617.243,36 €	3.950.619,06 €
2009	41.397,57 €	1.143.932,37 €	2.497.125,27 €	2.686.431,12 €	6.368.886,34 €
2010	52.595,21 €	1.113.081,60 €	1.699.723,85 €	2.651.180,71 €	5.516.581,36 €
<b>TOTAL</b>	<b>167.693,66 €</b>	<b>3.645.554,48 €</b>	<b>4.655.212,97 €</b>	<b>8.838.534,90 €</b>	<b>17.306.996,01 €</b>
	<b>3.813.248,14 €</b>		<b>13.493.747,86 €</b>		

Nota: Os dados apresentados referem-se à produção realizada nos hospitais do SNS ou realizada em entidades privadas por referenciação de hospitais do SNS. Não inclui por isso as interrupções realizadas directamente nas entidades privadas.



Fonte: Base de dados nacional da GDH; Contratos-Programa

<sup>7</sup> Ver nota 5.

<sup>8</sup> Idem



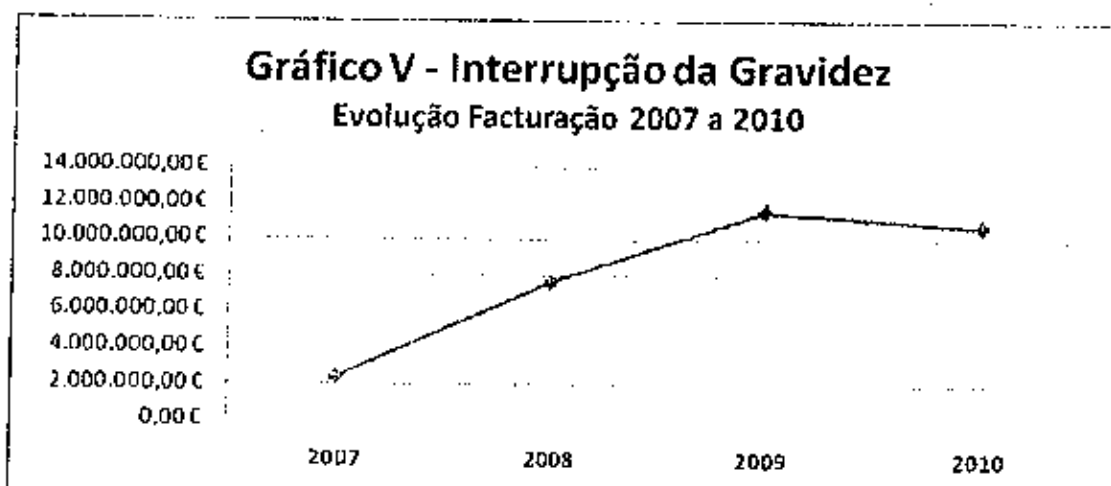


7/9  
7

**Tabela V- Interrupção da Gravidez até 10 semanas em ambulatório + GDH 380 - Abortamento, sem dilatação e curetagem<sup>9</sup> + GDH 381 - Abortamento com dilatação e/ou curetagem, curetagem de aspiração e/ou histerotomia<sup>10</sup>**

ANOS	Facturação 2007 a 2010
2007	2.409.060,07 €
2008	7.632.030,56 €
2009	11.509.265,09 €
2010	10.761.402,16 €
<b>TOTAL</b>	<b>32.311.757,98 €</b>

Nota: Os dados apresentados referem-se à produção realizada nos hospitais do SNS ou realizada em entidades privadas por referência de hospitais do SNS. Não inclui por isso as interrupções realizadas directamente nas entidades privadas.



<sup>9</sup> Ver nota 5.

<sup>10</sup> Idem.



**"Avaliação da realidade do aborto em Portugal"**

**Questões a colocar à Madeira, no âmbito desta avaliação**

1.<sup>a</sup> - É possível afirmar que na Madeira as mulheres que pretendem fazer interrupção voluntária da gravidez a podem fazer em segurança, nas unidades para o efeito?

Sim

2.<sup>a</sup> - Qual ou quais as principais razões que levam a que muitas mulheres da Madeira venham fazer ao Continente a interrupção voluntária da gravidez?

Motivos os que se deslocam fora da região. Se tal acontece poderá ser para terem análmato.

3.<sup>a</sup> - Estão garantidos nos estabelecimentos oficiais a existência de equipas multidisciplinares que permitam que a mulher, na consulta prévia sejam prestados todas as informações e serviços disponibilizados de apoio à maternidade, no sentido de a mesma poder proferir um consentimento informado sobre a IVG que vai realizar?

Sim

4.<sup>a</sup> Existem consultas de planeamento familiar e de contraceção garantidas para as mulheres que fazem interrupção voluntária da gravidez?

Sim, para todas as utentes que recorrem à consulta.

5.<sup>a</sup> Há taxas conhecidas de falta da mulher à primeira e posteriores consultas à realização de IVG?

Sim (ex. 3.<sup>o</sup> semestre de 2011, 9 faltas em 160 primeiras consultas marcadas - 0,2%)

6.<sup>a</sup> Há apoios especiais à maternidade e de protecção para as mulheres que decidem levar a gravidez por diante?

As utentes que decidem prosseguir a gravidez, se o desejarem, mantêm vigilância na nossa consulta de alto risco do hospital. Casos sociais desfavorecidos são enviados para a consulta com a assistente social.

7.<sup>a</sup> Há algum registo ou números estimados de mulheres que se arrependem num segundo momento em relação à prática de uma IVG?

Não temos acesso ao número de mulheres que efectuaram interrupção da gravidez e que depois se arrependeram mas temos acesso ao número delas que recorreram à recorreram à 1.<sup>a</sup> consulta e depois decidiram prosseguir gravidez

8.<sup>a</sup> Na Madelra, as mulheres que praticam IVG no período posterior estão em licença de maternidade ou de baixa médica?

Não, só nos casos em que ocorreu alguma complicação (ex anemia por hemorragia excessiva...)

9.º Quais os custos da IVG quer nos estabelecimentos oficiais quer oficialmente reconhecidos para a prática de IVG para as mulheres da Madeira, nos anos seguintes:

Os custos reais de cada interrupção não estão contabilizados no nosso hospital. Estes não podem ser contabilizados de igual modo para todas as interrupções. Todas elas têm, pelo menos, 1.ª consulta + ecografia obstétrica de datagem, 2.ª consulta onde efectuam tratamento médico / cirúrgico, 3.ª consulta para reavaliação da eficácia do método + ecografia ginecologia + consulta de planeamento familiar e acesso gratuito ao método de planeamento escolhido.

Preço tabelado de cada Interrupção medicamentosa - 342 euros

Preço tabelado de cada Interrupção cirúrgica – 444 euros

	Nº IM	Custo IM	Nº IC	Custo IC	Deslocações	Estadias
2º Semestre 2007	0	0	0	0	?	?
2008	173	59156	1	444	0	0
2009	245	83790	0	0	0	0
2010	280	95750	0	0	0	0
1º semestre de 2011	134	45828	0	0	0	0

Nota: incluir no custo das interrupções médicas aquelas que foram médicas e que por ineficácia do método foram também cirúrgicas.

10.º – Há alguma evidência que na Madeira continua a haver a prática de IVG ilegalmente?

Provavelmente sim pois alguns casos em que o prazo legal (das 10 semanas) foi ultrapassado nunca pariram na região.

11.º Há alguma evidência que antes da entrada da lei que permitiu a legalização do aborto até às 10 semanas, havia um maior número de abortos do que existe hoje?

Não

11.º No Hospital do Funchal estão reunidas as condições necessárias para que seja disponibilizado à mulher IVG medicamentoso ou cirúrgico?

Sim

12.º Em caso afirmativo, porque se deslocam ao Continente para tal?

Desconheço que se desloquem ao Continente. As que foram não recorreram ao hospital para IVG. No hospital não há limite de nº interrupções nos 2 dias semanais que decorrem na nossa instituição.

Motivo possível - anonimato

13.º Quais os custos médios suportados pelo Governo Regional com a deslocação para IVG ao Continente, tendo em conta: Viagens, estadia, acompanhante e acto cirúrgico (com anestesia local ou geral)

Não deverão existir custos para deslocação pois a região dá resposta a 100% das solicitações.



REGIÃO  
AUTÓNOMA  
DOS AÇORES

PRESIDÊNCIA DO GOVERNO  
Gabinete do Secretário Regional  
da Presidência  
Palácio da Conceição  
9504-509 PONTA DELGADA

Enviado por Email  
06.12.2011

Anexo VIII

169  
7

Exma. Senhora  
Deputada Dr.<sup>a</sup> Conceição Bessa Ruão  
Palácio de S. Bento  
1249 - 068 Lisboa

Sua referência	Sua comunicação	Nossa referência	Data
		SAJ-GSRP-2011-2286	2011.12.06

**ASSUNTO: QUESTIONÁRIO SOBRE A AVALIAÇÃO DA REALIDADE DO  
ABORTO EM PORTUGAL**

Encarrega-me S.Exa. o Secretário Regional da Presidência de remeter a  
V. Exa. o questionário, sobre o assunto referenciado em epígrafe.

Com os melhores cumprimentos,

O Chefe de Gabinete

Hermenegildo Galante

Em anexo : o mencionado  
HG/gip



REGIÃO  
AUTÓNOMA  
DOS AÇORES

PRESIDÊNCIA DO GOVERNO  
Gabinete da Secretária Regional  
da Presidência  
Palácio da Conceição  
9504-509 PONTA DELGADA

Enviado por Email

06.12.2011

ANEXO VIII

169  
7

Exma. Senhora  
Deputada Dr.<sup>a</sup> Conceição Bessa Ruão  
Palácio de S. Bento  
1249 - 068 Lisboa

Sua referência

Sua comunicação

Nossa referência  
SAI-GSRP-2011-2286

Data  
2011.12.06

**ASSUNTO: QUESTIONÁRIO SOBRE A AVALIAÇÃO DA REALIDADE DO  
ABORTO EM PORTUGAL**

Encarrega-me S.Exa. o Secretário Regional da Presidência de remeter a  
V. Exa. o questionário, sobre o assunto referenciado em epígrafe.

Com os melhores cumprimentos,

O Chefe de Gabinete

Hermenegildo Galante

Em anexo : o mencionado  
HG/ip

"Avaliação da realidade do aborto em Portugal"

2/6/17

Questões a colocar à entidade responsável pela área de Saúde, nos Açores.

1.ª - É possível afirmar que nos Açores, com a dispersão que se conhece, as mulheres que pretendem fazer interrupção voluntária da gravidez a podem fazer em segurança, nas unidades para o efeito?

2.ª - Qual ou quais as principais razões que levam a que muitas mulheres dos Açores venham fazer ao Continente a interrupção voluntária da gravidez?

3.ª - Estão garantidos nos estabelecimentos oficiais a existência de equipas multidisciplinares que permitam que à mulher, na consulta prévia sejam prestados todas as informações e serviços disponibilizados de apoio à maternidade, no sentido de a mesma poder proferir um consentimento informado sobre a IVG que vai realizar?

4.ª Existem consultas de planeamento familiar e de contraceção garantidas para as mulheres que fazem interrupção voluntária da gravidez?

5.ª Há taxas conhecidas de falta da mulher à primeira e posteriores consultas à realização de IVG?

6.ª Há apoios especiais à maternidade e de protecção para as mulheres que decidem levar a gravidez por diante?

7.ª Há algum registo ou números estimados de mulheres que se arrependem num segundo momento, em relação à prática de uma IVG?

8.ª Nos Açores, as mulheres que praticam IVG, no período posterior estão em licença de maternidade ou de baixa médica?

9.ª Quais os custos da IVG quer nos estabelecimentos oficiais quer oficialmente reconhecidos para a prática de IVG para as mulheres dos Açores, nos anos seguintes:

a)	2.º Semestre de 2007 – Medicamentoso	Cirúrgico	Deslocações	Estadias
b)	Ano 2008 - Medicamentoso	Cirúrgico	Deslocações	Estadias
c)	Ano 2009	"	"	"
d)	Ano 2010	"	"	"

3/7

10.ª – Há alguma evidência que nos Açores continua a haver a prática de IVG ilegalmente?

11.ª Há alguma evidência que antes da entrada da lei que permitiu a legalização do aborto até às 10 semanas, havia um maior número de abortos do que existe hoje?

11.ª No Hospital da Horta estão reunidas as condições necessárias para que seja disponibilizado à mulher IVG medicamentosa ou cirúrgica?

12.ª Em caso afirmativo, porque se deslocam ao Continente para tal?

13.ª Quais os custos médios suportados pelo Governo Regional com a deslocação para IVG ao Continente, tendo em conta: Viagens, estadia, acompanhante e acto cirúrgico (com anestesia local ou geral)

## **"Avaliação da realidade do aborto em Portugal"**

4  
7  
57

Questões a colocar à entidade responsável pela área de Saúde, nos Açores.

**1.ª – É possível afirmar que nos Açores, com a dispersão que se conhece, as mulheres que pretendem fazer interrupção voluntária da gravidez a podem fazer em segurança, nas unidades para o efeito?**

Sim. As condições de atendimento e referênciação estão salvaguardadas em protocolos estabelecidos entre as Unidades de Saúde (US) de origem e as de destino, de forma a garantir a melhor assistência e acompanhamento nos diferentes níveis, em tempo útil, às mulheres que pretendem fazer a IVG.

**2.ª - Qual ou quais as principais razões que levam a que muitas mulheres dos Açores venham fazer ao Continente a interrupção voluntária da gravidez?**

Dos 3 Hospitais da região, o Hospital da Horta, EPE foi, de Julho de 2007 a Maio de 2011, a única US a praticar a IVG.

E, apenas, a partir de Maio de 2011 o Hospital do Divino Espírito Santo, EPE (Ponta Delgada) iniciou a prática da IVG, sendo, actualmente, a única US do SRS a efectua-la.

Considerando as solicitações das utentes e a capacidade de resposta das US a praticar a IVG, o recurso aos estabelecimentos do Continente torna-se imperativo, tendo em conta a desejável celeridade associada ao processo.

**3.ª - Estão garantidos nos estabelecimentos oficiais a existência de equipas multidisciplinares que permitam que à mulher, na consulta prévia sejam prestados todas as informações e serviços disponibilizados de apoio à maternidade, no sentido de a mesma poder proferir um consentimento informado sobre a IVG que vai realizar?**

Sim. Os circuitos internos nas US que realizam a consulta prévia prevêm tanto o acompanhamento por profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) como por psicólogos e assistentes sociais, que realizam todas as intervenções necessárias à tomada de decisão por parte da mulher, tal como disposto nos art.ºs 16.º e 18.º da Portaria nº 741-A/2007, de 21 de Junho (aplicável à RAA com as devidas especificidades determinadas na Portaria da RAA nº 51/2007, de 8 de Janeiro).

**4.ª Existem consultas de planeamento familiar e de contracepção garantidas para as mulheres que fazem interrupção voluntária da gravidez?**

Tal como disposto no ponto 3 do art.º 19.º da Portaria nº 741-A/2007, de 21 de Junho (aplicável à RAA com as devidas especificidades determinadas na Portaria nº 51/2007, de 8 de Janeiro), os circuitos de atendimento em IVG nas US do SRS prevêm a realização de consulta de planeamento familiar posterior ao procedimento, bem como a disponibilização de contracepção, considerando que a mesma é garantida, actualmente, pela Portaria nº 22/2011, de 4 e Abril.



**Ano de 2007 (Julho a Dezembro)**

5  
7/6

Tipo IVG	Nº Casos IVG realizados		
	Região	Dias Internamento	Custo
Total Geral	45	49	33.031,48 €
AC - Ambulatório Cirurgica	1	-	444,00 €
AI - Amb. Medic + Inter. Cirurgico	15	41	21.231,75 €
AM - Ambulatório Medicamentosa	26	-	8.866,00 €
IM - Internamento Medicamentosa	3	8	2.489,73 €

Fonte: Direcção Regional da Saúde.

**Ano de 2008**

Tipo IVG	Nº Casos IVG realizados		
	Região	Dias Internamento	Custo
Total Geral	115	124	94.989,77 €
AI - Amb. Medic + Inter. Cirurgico	49	115	69.357,05 €
AM - Ambulatório Medicamentosa	62	-	21.142,00 €
II - Inter. Medic. + Inter. Cirurgico	2	5	2.830,90 €
IM - Internamento Medicamentosa	2	4	1.859,82 €

Fonte: Direcção Regional da Saúde.

**Ano de 2010**

Tipo IVG	Nº Casos IVG realizados		
	Região	Dias Internamento	Custo
Total Geral	57	34	33.308,22 €
AI - Amb. Medic + Inter. Cirurgico	11	27	15.569,95 €
AM - Ambulatório Medicamentosa	43	-	14.663,00 €
II - Inter. Medic. + Inter. Cirurgico	1	3	1.415,45 €
IM - Internamento Medicamentosa	2	4	1.659,82 €

Fonte: Direcção Regional da Saúde

**10ª – Há alguma evidência que nos Açores continua a haver a prática de IVG ilegalmente?**

Não temos dados que consubstanciem resposta.

**11.ª Há alguma evidência que antes da entrada da lei que permitiu a legalização do aborto até às 10 semanas, havia um maior número de abortos do que existe hoje?**

Não temos dados que consubstanciem resposta.

6/7/69

**12.º No Hospital da Horta estão reunidas as condições necessárias para que seja disponibilizado à mulher IVG medicamentosa ou cirúrgica?**

O hospital da Horta deixou de fazer IVG. Agora só se realizam no Hospital de Ponta Delgada. No Hospital da Horta estavam reunidas as condições para disponibilizar à mulher IVG medicamentosa ou cirúrgica. Essas condições também existem agora no Hospital de Ponta Delgada

**13.º Em caso afirmativo, porque se deslocam ao Continente para tal?**

Como já foi referido na resposta 2, considerando a capacidade de resposta o Hospital de Ponta Delgada (apenas um médico faz IVG), o recurso aos estabelecimentos do Continente torna-se imperativo, tendo em conta a desejável celeridade associada ao processo.

**14.º Quais os custos médios suportados pelo Governo Regional com a deslocação para IVG ao Continente, tendo em conta: Viagens, estadia, acompanhante e acto cirúrgico (com anestesia local ou geral)**

Os custos são os inerentes ao estipulado no regulamento de deslocação de doentes do Serviço Regional de Saúde na Região Autónoma dos Açores, intra e inter-ilhas, para fora da região, ou para o estrangeiro aprovado pela Portaria n.º 66/2010 de 30 de Junho de 2010.

Esse diploma aprova também a tabela de comparticipação diária na deslocação dos referidos doentes e seus acompanhantes.

Em relação aos custos relativos ao acto de IVG, estes encontram-se apresentados na resposta 9.

7 Coy  
5.ª Há taxas conhecidas de falta da mulher à primeira e posteriores consultas à realização de IVG?

Não temos dados que permitam aferir tais taxas.

6.ª Há apoios especiais à maternidade e de protecção para as mulheres que decidem levar a gravidez por diante?

Não existem apoios específicos para o efeito.

As medidas são gerais e encontram-se estabelecidas por lei.

(<http://www2.seg-social.pt/left.asp?02.11.05>)

Na área da Saúde releva ainda a isenção de taxas moderadoras e a cobertura assistencial no Serviço Regional de Saúde, existindo nos 3 hospitais EPE, do SRS, serviços de obstetria, considerando a dispersão geográfica da RAA.

Existem ainda, para as grávidas residentes em ilhas sem hospital apoios para deslocação e alojamento no período pré-parto, sendo que por razões pessoais e familiares, a grávida pode escolher fazer o parto em qualquer um dos três hospitais da Região.

Finalmente, salienta-se a existência da unidade de evacuações áreas que funciona 24 horas, que, em caso de parto iminente ou critério clínico para deslocação de emergência, efectua a evacuação da grávida.

7.ª Há algum registo ou números estimados de mulheres que se arrependem num segundo momento, em relação à prática de uma IVG?

Não existem dados sobre este ponto.

8.ª Nos Açores, as mulheres que praticam IVG, no período posterior estão em licença de maternidade ou de baixa médica?

As mulheres têm os direitos consagrados na Lei para tal efeito.

Assim, no código do Trabalho está prevista a licença por interrupção da gravidez, a saber:

"1 - Em caso de interrupção da gravidez, a trabalhadora tem direito a licença com duração entre 14 e 30 dias.

2 - Para o efeito previsto no número anterior, a trabalhadora informa o empregador e apresenta, logo que possível, atestado médico com indicação do período da licença."

9.ª Quais os custos da IVG quer nos estabelecimentos oficiais quer oficialmente reconhecidos para a prática de IVG para as mulheres dos Açores, nos anos seguintes:

a)	2.º Semestre de 2007 – Medicamentoso	Cirúrgico	Deslocações	Estadias
b)	Ano 2008	Medicamentoso	Cirúrgico	Deslocações Estadias
c)	Ano 2009	"	"	" "
d)	Ano 2010	- "	"	" "

Anexo IX



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA  
COMISSÃO DE ASSUNTOS CONSTITUCIONAIS,  
DIREITOS, LIBERDADES E GARANTIAS

1/25 69

EXMA. SENHORA  
PRESIDENTE DA COMISSÃO DE  
SAÚDE

Ofício n.º 527/XII/1.º – CACDLG/2011

Data: 26-10-2011

ASSUNTO: Parecer CACDLG – Petição n.º 157/XI/2.º.

Conforme solicitado por V. Exa. através do ofício n.º 54/COM/2011 de 6-09-2011, junto se envia parecer sobre a Petição n.º 157/XI/2.º, subscrita pela Federação Portuguesa pela Vida e outros (5601 assinaturas) que "Solicita a "Avaliação da realidade do aborto em Portugal", aprovado por unanimidade, registando-se a ausência do PEV, na reunião do dia 26 de Outubro de 2011 da Comissão de Assuntos, Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias.

Com os melhores cumprimentos, *também pessoais*

O Presidente da Comissão

(Fernando Negrão)

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA
Divisão de Apoio às Comissões
CACDLG
n.º Ofício <u>405891</u>
Assinado em <u>26/10/2011</u>



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

2/25/69

**COMISSÃO DE ASSUNTOS CONSTITUCIONAIS, DIREITOS,  
LIBERDADES E GARANTIAS**

**PETIÇÃO N.º 157/XI/1ª - AVALIAÇÃO DA REALIDADE DO ABORTO EM  
PORTUGAL**

**PARECER**

**I – Nota prévia**

A presente Petição, subscrita por 5601 cidadãos, deu entrada na Assembleia da República em 9 de Fevereiro de 2011, tendo sido remetida, por despacho da mesma data do Senhor Presidente da Assembleia da República, à Comissão de Saúde, para apreciação.

A Petição vertente foi admitida liminarmente pela Comissão de Saúde em 9 de Março de 2011, data em que foi nomeado relator o então Senhor Deputado Defensor de Moura.

Com o termo da XIª Legislatura e o início da XIIª Legislatura, a Petição n.º 157/XI/2ª foi objecto de redistribuição na Comissão de Saúde, tendo sido nomeada relatora a Senhora Deputada Conceição Bessa Ruão.

Através do Ofício n.º 54/COM/2011, de 06-09-2011, a Comissão de Saúde solicitou "*Parecer à Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias sobre a Petição n.º 157/XI/2ª – «Avaliação da realidade do Aborto em Portugal»*".



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

37/25/69

Nessa sequência, na reunião Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias de 21 de Setembro de 2011, foi designada relatora a signatária do presente parecer.

### II – Da Petição

A Comissão de Saúde é a comissão parlamentar competente para o exame da Petição n.º 157/XI/2ª e, no âmbito dos seus poderes, deliberou solicitar parecer à Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias sem, contudo, definir os aspectos sobre os quais pretende que esta Comissão se pronuncie.

Considerando que a Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias só deverá pronunciar-se sobre matérias da sua área de competência, o presente parecer limitar-se-á à análise das questões que se prendem com direitos, liberdades e garantias, mormente com a protecção da vida humana desde a concepção e o respeito pelo direito à vida.

Os peticionários referem que, volvidos quatro anos sobre a entrada em vigor da Lei n.º 16/2007, de 17 de Abril, que estabelece a exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez, *“só por via do aborto legal mais de 60.000 crianças deixaram de nascer. É como se uma cidade (como Aveiro), de repente, ficasse totalmente despovoada e os edifícios e monumentos nela existentes não tivessem quem os habitasse.”*

A comprovar tal realidade, os peticionários entregaram juntamente com a Petição um estudo feito pela Federação Portuguesa pela Vida a partir dos dados da Direcção-Geral de Saúde, que revela que, até 31/12/2010, se registaram 56.239 abortos por opção da mulher nas primeiras 10 semanas de gravidez.



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

4/5/67

Em face do exposto, os peticionários solicitam, no que respeita às matérias que se incluem no âmbito de competência da 1ª Comissão, que a Assembleia da República tome medidas legislativas no sentido de “*Proteger a vida humana desde a concepção*” e “*Fazer cumprir os Direitos Humanos nomeadamente no que tange com o inviolável Direito à Vida e o eminente reconhecimento da dignidade de cada ser humano*”.

Importa, desde logo, registar que a aprovação da Lei n.º 16/2007, de 17 de Abril, foi precedida da realização de um referendo nacional, realizado no dia 11 de Fevereiro de 2007, em que os cidadãos eleitores recenseados no território nacional foram chamados a pronunciar-se sobre: “*Concorda com a despenalização da interrupção voluntária da gravidez, se realizada, por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas, em estabelecimento de saúde legalmente autorizado?*”<sup>1</sup> (cfr. Resolução da Assembleia da República n.º 54-A/2006, de 19 de Outubro), tendo o SIM recolhido uma percentagem de 59,25% de votos (cfr. Mapa oficial da CNE n.º 1/2007, de 1 de Março).

Na sequência do referendo nacional, foi aprovada<sup>2</sup> a Lei n.º 16/2007, de 17 de Abril, que procedeu a várias alterações tendo sido a mais significativa a introdução de mais uma causa de exclusão da ilicitude – quando a gravidez for interrompida até às 10 semanas, por opção da mulher (cfr. artigo 1º, que altera o artigo 142º do Código Penal).

Posteriormente à sua entrada em vigor, esta lei foi apreciada, em sede de fiscalização sucessiva abstracta da constitucionalidade, pelo Tribunal Constitucional, através do Acórdão n.º 75/2010, que concluiu pela sua não inconstitucionalidade.

<sup>1</sup> Recorde-se que o Acórdão do Tribunal Constitucional n.º 617/2006 deu resposta à questão da constitucionalidade da proposta referendária.

<sup>2</sup> Aprovada em votação final global em 08/03/2007, com os votos a favor do PS, 21-PSD, PCP, BE e PEV, contra de 3-PS, PSD e CDS-PP, e a abstenção de 3-PSD – cfr. DAR I Série n.º 58 X/2 2007-03-09, p. 44.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

5  
25/6/07

A protecção da vida humana desde a concepção e o respeito pelo direito à vida constituíram argumentos invocados por um grupo de trinta e três Deputados à Assembleia da República<sup>3</sup> para defender a inconstitucionalidade material do artigo 1.º da Lei n.º 16/2007, de 17 de Abril. Tais recorrentes alegaram nomeadamente:

«- No seu artigo 24.º, n.º 1, a CRP estatui que a vida humana é inviolável, não exceptuando as primeiras dez semanas de gestação.

- Consequência da garantia da vida humana intra-uterina é o reconhecimento de que o Estado Português está, não só obrigado a abster-se de violar a vida humana pré-natal, como também a instituir formas destinadas à sua protecção.

- O ordenamento jurídico português confere protecção à vida humana desde a concepção, incluindo a atribuição de direitos, o que foi já reconhecido por este Tribunal (Acórdão n.º 617/2006).

- A Lei Fundamental da República Portuguesa não deixa quaisquer dúvidas sobre a indispensabilidade de uma base antropológica constitucionalmente estruturante do Estado de Direito (artigos 1.º e 2.º), contemplando a afirmação da integridade física e espiritual do homem como dimensão irrenunciável da sua individualidade autonomamente responsável (CRP, artigos 24.º, 25.º e 36.º), bem como a garantia da identidade e integridade da pessoa através do livre desenvolvimento da personalidade (cfr. a consagração explícita desse direito no artigo 26.º da CRP, introduzido pela LC n.º 1/97, e a refracção do mesmo direito no artigo 73.º, n.º 2, da CRP).

- A alteração ao artigo 142.º do Código Penal introduzida pelo artigo 1.º da Lei n.º 16/2007, de 17 de Abril, consistente no aditamento da alínea e) ao respectivo n.º 1, permite a uma mulher pôr fim à vida de um ser humano em desenvolvimento intra-uterino sem que para tal invoque fundamentos, o que significa deixar totalmente desprotegida a vida humana até às 10 semanas.

- A possibilidade de se praticar aborto sem alegação de motivos, equivale a conferir a uma ser (Mãe) o direito a decidir da vida de outrem, ainda que por motivos fúteis.

(...)

- Em matéria de tutela da vida, o Estado limita-se a informar a mulher das condições de apoio que lhe pode prestar, concedendo-lhe três dias para que reflecta sobre a sua decisão.

- Atendendo à dignidade constitucional da vida humana, não parece que a sua lesão irreversível possa ser compatibilizada com um prazo tão curto de reflexão.»

Argumentos de idêntica natureza foram utilizados pelo Presidente da Assembleia Legislativa da Região Autónoma da Madeira<sup>4</sup>:

«5.1.1. Por violação da norma constitucional que consagra o direito à vida

- As normas objecto do pedido de fiscalização da constitucionalidade violam o direito fundamental à vida, consagrado no artigo 24.º, n.º 1, da Constituição, no qual se afirma que "A vida humana é inviolável".

- A substância das ditas normas - quer da norma legal principal de despenalização do aborto livre ou a pedido, quer das normas periféricas, legislativas e regulamentares, que tornam legítima e organizada tal prática - jamais poderá conciliar-se com aquela protecção fundamental da pessoa humana.

- Tal prática abortiva - a partir de agora despenalizada e livre - configura a destruição de uma vida humana.

- A Lei n.º 16/2007, ao permitir que a prática do aborto seja feita apenas por opção da mulher, sem que para tanto apresente qualquer justificação material - seja ela médica, económica ou

<sup>3</sup> Processo n.º 733/07.

<sup>4</sup> Processo n.º 1186/07.





## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

6/21/07

*social – transfere a decisão de abortar para o mero arbitrio da mãe, sem qualquer protecção do bebé que vai ver o fim da sua vida.*

*- A protecção penal é a resposta mais convincente que o Direito pode dar na defesa daquilo que lhe é mais essencial, não parecendo que outra coisa mais relevante surja do que a protecção da própria vida humana.*

*- A desprotecção penal, sendo uma legalização, não é substituída por qualquer outra protecção equivalente que possa ombrear com a protecção penal, deixando o valor em causa – a vida humana pré-natal – entregue à disponibilidade das pessoas, sem que o Estado actue na sua defesa, que tem de ser legislativa, administrativa e financeira.*

*- Sabendo-se que continua a ser crime a mesma prática abortiva feita, com os mesmos fundamentos, em bebé que tenha 10 semanas e mais um dia, a despenalização efectuada funda-se numa delimitação arbitrária e, por isso, juridicamente insuportável.*

*- A norma constitucional em causa não deslinda entre vidas humanas “mais fortes” e vidas humanas “mais fracas”, sabendo-se hoje com segurança, através da Ciência, que a gravidez implica a existência de um novo ser humano, o qual é gerado no momento da fecundação, não mais parando a sua evolução até ao momento da sua morte física.*

*- É ontologicamente que se deve sempre conceber a vida humana, a qual deve receber uma protecção qualitativamente idêntica desde o momento em que aparece, que é a partir da concepção, mesmo ainda quando não há nidificação do óvulo fecundado.*

### *5.1.2. Por violação do princípio constitucional da dignidade da pessoa humana*

*- A violação da inviolabilidade da pessoa humana, considerada no artigo 24.º, n.º 1, da Constituição da República Portuguesa, que consagra o «direito à vida», não se apresenta como uma ofensa localizada a um mero preceito constitucional, dado que o aborto despenalizado livre ou a pedido, admitido pela Lei n.º 16/2007, coloca em crise os fundamentos do próprio Estado e do Direito em Portugal, ao ser intolerável sob o ponto de vista da dignidade da pessoa humana.*

*- O artigo 1.º da Constituição da República Portuguesa não podia ser mais peremptório nesta protecção, proclamando que «Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana e na vontade popular e empenhada na construção de uma sociedade livre, justa e solidária».*

*- A violação da dignidade da pessoa humana cifra-se na condição a que o bebé, dentro do ventre materno, se sujeitará, até às 10 semanas de vida, depois da entrada em vigor da Lei n.º 16/2007: a redução a mero “objecto”, que passa a ser descartável pela mãe a partir do momento em que Estado e a Sociedade não o defendem, atribuindo o “poder de vida e de morte” sobre uma vida humana àquele progenitora.*

*- A atribuição desse “poder de vida e de morte”, sem qualquer justificação, tem a convicção do próprio Estado, que para tanto organiza procedimentos administrativos e médicos.»*

O Tribunal Constitucional reconheceu, no Acórdão n.º 75/2010, que:

*«A questão central de constitucionalidade formulada no pedido estrutura-se, fundamentalmente, em torno da questão de saber se, com o regime constante dos artigos 142.º, n.º 1, alínea e), n.º 4, alínea b), do Código Penal, e 2.º, n.º 2, da Lei n.º 16/2007, o Estado cumpre, ou não, o dever que sobre ele impende de protecção da vida intra-uterina.»*

Pronunciando-se sobre esta questão concreta, o Tribunal Constitucional entendeu o seguinte:

*«De relevo determinante, como questão prévia cuja resposta interfere praticamente em todas as valorações a efectuar, é a definição do estatuto constitucional do ser em gestação, o mesmo é*



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

7/25/07

dizer, a identificação do alcance, no que diz respeito à protecção da vida intra-uterina, da inviolabilidade da vida humana, consagrada no artigo 24.º da CRP.

Logo nos dois primeiros acórdãos sobre este tema, o Tribunal tomou posição clara quanto a esta questão.

Considerando que a vida intra-uterina está abrangida pelo âmbito de protecção daquela norma – o que, anteriormente, o Parecer n.º 31/82 da Procuradoria-Geral da República (BMS 320.º, 224 s) não dera como certo –, o Tribunal acentuou, no Acórdão n.º 25/84, que ela representava “um valor não juridicamente subjectivado”, o que não podia deixar de ser tido em conta no confronto a estabelecer “com outros valores juridicamente subjectivados na mulher grávida, com a natureza de direitos fundamentais”.

Esta ideia foi precisada e desenvolvida no subsequente Acórdão n.º 85/85, sendo aí qualificada como uma das duas “ideias determinantes da posição que colhe apelo dominante no Tribunal”. Escreveu-se, a seu respeito:

«Por um lado, entende-se que a vida intra-uterina compartilha da posição que a Constituição confere à vida humana enquanto bem constitucionalmente protegido (isto é, valor constitucional objectivo), mas que não pode gozar da protecção constitucional do direito à vida propriamente dito – que só cabe a pessoas –, podendo portanto aquele ter que ceder, quando em conflito com direitos fundamentais ou com outros valores constitucionalmente protegidos.

[...] Só as pessoas podem ser titulares de direitos fundamentais – pois não há direitos fundamentais sem sujeito –, pelo que o regime constitucional de protecção especial do direito à vida, como um dos “direitos, liberdades e garantias pessoais”, não vale directamente e de pleno direito para a vida intra-uterina e para os nascituros.

[...] A verdade é que o feto (ainda) não é uma pessoa, um homem, não podendo por isso ser directamente titular de direitos fundamentais enquanto tais. A protecção que é devida ao direito de cada homem à sua vida não é aplicável directamente, no mesmo plano, à vida pré-natal, intra-uterina.»

Não se afastou desta orientação o Acórdão n.º 288/98, onde se deixou registado:

«Nesta visão das coisas, reconhecer-se-á que o artigo 24.º da Constituição da República, para além de garantir a todas as pessoas um direito fundamental à vida, subjectivado em cada indivíduo, integra igualmente uma dimensão objectiva, em que se enquadra a protecção da vida humana intra-uterina, a qual constituirá uma verdadeira imposição constitucional.

Todavia, essa protecção da vida humana em gestação não terá de assumir o mesmo grau de densificação nem as mesmas modalidades que a protecção do direito à vida individualmente subjectivado em cada ser humano já nascido – em cada pessoa».

Finalmente, no Acórdão n.º 617/2007, exarou-se:

«Da inviolabilidade da vida humana como fórmula de tutela jurídica não deriva, desde logo, que a protecção contra agressões postule um direito subjectivo do feto ou que não seja de distinguir um direito subjectivo à vida de uma protecção objectiva da vida intra-uterina, como resulta da jurisprudência constitucional portuguesa e de outros países europeus. O facto de o feto ser tutelado em nome da dignidade da vida humana não significa que haja título idêntico ao reconhecido a partir do nascimento».

O Tribunal não vê fundamento para rever esta posição, que sempre tem perfilhado. Sem dívida nenhuma que o feto é digno de protecção pela sua potencialidade em se tornar uma pessoa, um “eu” consciente da sua individualidade própria, mas, como acentuou OVADIA EZRA, “a potencialidade de aquisição de um determinado estatuto não confere a titularidade dos direitos associados a esse estatuto” (*The Withdrawal of Rights. Rights from a Different Perspective*, Dordrecht/Boston/London, 2002, 204).

Sendo assim, uma resposta negativa, quanto ao cumprimento, pelo Estado, do seu dever de protecção, só poderá ser emitida se se concluir que o regime em apreço não traduz um suficiente respeito pela valia intrínseca da vida humana.

11.4.3. O tratamento da questão assim enunciada não pode passar sem uma alusão, perfunctória embora, à dogmática dos imperativos jurídico-constitucionais de protecção, reportada à inviolabilidade da vida intra-uterina, enquanto bem objectivo.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

8  
25/69

O Estado não está apenas obrigado ao respeito da vida pré-natal, abstendo-se de qualquer acção susceptível de acarretar a destruição do seu desenvolvimento no ventre materno. Sobre ele recai também uma vinculação a prestações satisfatórias da "garantia de efectivação" (artigo 2.º da CRP) de tal valor, designadamente contra potenciais agressões de terceiros ou da própria gestante — dimensão sobre que, atenta a sua natureza, repousa o essencial da consistência prática do bem em causa.

Esta injunção constitucional comporta seguramente o dever de adopção de medidas preventivas, numa dupla direcção: a de evitar situações de gravidez indesejada (em que se insere a garantia do "direito ao planeamento familiar" consagrada na alínea d) do n.º 2 do artigo 67.º da CRP) e a de contrariar motivações abortivas, uma vez iniciado esse estado. Aqui se incluem também medidas incentivadoras, sem esquecer as que visam o exercício (mas também, antes dele, a assunção) de uma maternidade consciente (cfr. a mesma alínea), as quais têm uma iniludível projecção irradiante, de sentido tutelador, neste campo.

É neste vasto e diversificado universo de normas e de estruturas (também) de protecção do bem da vida pré-natal que se incrusta a regulação do acto específico de interrupção voluntária da gravidez, onde predominam os instrumentos de direito penal.

Na fixação dessa disciplina, goza o legislador ordinário de uma ampla margem de discricionariedade legislativa, balizada por dois limites ou proibições, de sinal contrário. Ele deve, por um lado, não desprezar a proibição do excesso, por afectação, para além do admissível, da posição jurídico-constitucional da mulher grávida, nas suas componentes jusfundamentais do direito à vida e à integridade física e moral, à liberdade, à dignidade pessoal e à autodeterminação. Mas também deve, no pólo oposto, não descurar o valor objectivo da vida humana, que confere ao nascituro (à sua potencialidade de, pelo nascimento, aceder a uma existência autonomamente vivente) dignidade constitucional, como bem merecedor de tutela jurídica. O cumprimento desse dever está sujeito a uma medida mínima, sendo violada a proibição de insuficiência ("Untermassverbot") quando as normas de protecção ficarem aquém do constitucionalmente exigível.

Como a doutrina tem justamente salientado — cfr. ROBERT ALEXY, *Theorie der Grundrechte*, Frankfurt am Main, 1986, 420-422, e CLAUS-WILHELM CANARIS, *Direitos fundamentais e direito privado*, Coimbra, 2003, 65-66, e 115-116 — do ponto de vista da liberdade de actuação estadual e, em particular, de conformação legislativa, é grande a diferença estrutural entre os deveres negativos, de abstenção, e os positivos, de activa intervenção tuteladora. No domínio dos primeiros, assente que uma certa e determinada medida é ofensiva de um direito fundamental, o dever de a omitir impõe-se, *prima facie*. Isto porque a proibição de aniquilar ou afectar esse direito abrange toda e qualquer ingerência com tal virtualidade, incluindo, portanto, aquela específica medida que está em apreciação.

Inversamente, o dever de protecção não importa a automática ordenação de todas as iniciativas a que seja de imputar esse resultado. É isto porque, enquanto que a proibição de ingerência só se cumpre com a omissão de todas as acções de destruição ou afectação, a realização de uma só acção adequada de protecção ou promoção é condição suficiente do cumprimento do mandato constitucional nesse sentido. Quando são adequadas diferentes acções de protecção ou promoção, nenhuma delas é, de per si, necessária para o cumprimento desse mandato: a única exigência é que se realize uma delas, pertencendo a escolha ao Estado. Somente se existir uma única acção suficiente de promoção ou protecção é que ela se torna necessária para o cumprimento do dever de protecção.

O que se retira da Constituição é apenas o dever de proteger, não estando predeterminado, nessa sede, um específico modo de protecção. Já OTTO BACHOF, em texto hoje clássico, o pôs em destaque, salientando que nenhum dos concretos problemas regulativos postos pela protecção da vida ainda por nascer encontra "resposta imediata na Constituição", pelo que, para a sua decisão, "o legislador há-de dispor consequentemente de uma larga margem de liberdade" — "Estado de direito e poder político: os tribunais constitucionais entre o direito e a política", *Boletim da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra*, vol. LVI (1980), 1.ª, 19.

As inevitáveis opções a fazer, neste domínio, são, pois, pertença do legislador ordinário, sendo este colocado perante um espectro de soluções normativas de alcance distinto e de desigual intensidade tuteladora.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

9/25/67

Dentro desse espectro, a incriminação representa, em regra, o grau máximo de protecção. Mas também, simultaneamente, a lesão, na maior medida, de direitos encabeçados pelo sujeito penalizado, mormente quando, como neste caso, a verificação do tipo acarreta privação da liberdade.

É no campo de valoração delimitado pela proibição do excesso e pela contraposta proibição de insuficiência que o legislador tem que exercitar a sua competência de modelação da disciplina da interrupção voluntária da gravidez. Podendo optar por consagrar uma protecção superior ao mínimo que lhe é jurídico-constitucionalmente imposto, o legislador não pode ultrapassar os limites que resultam da proibição do excesso (em último termo, do princípio da proporcionalidade). Só serão constitucionalmente conformes as soluções que respeitem ambas as proibições.

11.4.4. Na apreciação, à luz destes parâmetros, da solução que está especificamente sob escrutínio, nos presentes autos, não poderemos considerá-la isoladamente, sem ter em conta o modo como, na sua totalidade, foi traçada a disciplina da interrupção voluntária da gravidez (e, até, o conjunto de medidas que, fora deste campo, contribuem para uma redução do número de abortos). É "na sua globalidade e no seu funcionamento conjunto" que as medidas de direito infraconstitucional devem assegurar uma protecção eficiente dos direitos fundamentais, como sustenta CANARIS (ob. cit., 117-118). Directriz genérica que impõe, desde logo, e antes do mais, uma caracterização e valoração da intencionalidade que subjaz a essa disciplina, como unidade normativa.

Dela ressalta, como característica fundamental, um crescendo de intensidade tuteladora, consoante o maior tempo de gravidez, compondo o que poderemos designar por um regime trifásico: num período inicial, a decisão é deixada à responsabilidade última da mulher, em fases subsequentes a interrupção fica dependente de certas indicações, sendo proibida, em princípio, no último estágio de desenvolvimento do feto.

Esta tutela progressiva, utilizando como critério o tempo de gestação, representa, em si mesma, uma opção básica determinada por um intuito de harmonização dos bens em colisão. Ela procura repercutir, no plano da valoração ético-jurídica, a mutabilidade dos dados biológicos que conformam a vida ainda não nascida e o significado que ela assume para os termos da peculiar relação – sem paralelo em qualquer outro conflito de bens jusfundamentais – que se estabelece entre o nascituro e a gestante.

Na esteira do Bundesverfassungsgericht, na sua decisão de 28 de Maio de 1993, é como "dualidade na unidade" que melhor se pode caracterizar essa relação (BVerfGE 88, 203 s., 253). Mas, como bem salientam os juizes MAHRENHOLZ e SOMMER, na sua declaração de voto (BVerfGE 88, 338 s., 342), tal relação não se mantém estática em todo o período de gravidez: «enquanto que nas primeiras semanas a mulher e o nascituro (...) se apresentam ainda completamente como uma unidade, com o crescimento do embrião a 'dualidade' evidencia-se mais fortemente. Este processo de desenvolvimento tem também significado jurídico».

No entender do Tribunal Constitucional, em período algum do processo natural de gestação, incluindo a sua fase inicial, se justifica que a solução do conflito se possa dar pela prevalência absoluta do interesse da mulher, com o sacrifício total do bem da vida, o que levaria à admissão de um livre e incondicionado direito a abortar.

Mas já se justifica que as alterações biológicas que se dão no processo de gestação, significativas do ponto de vista da progressiva formação do suporte físico da personalidade humana, tenham incidência na valoração jurídico-constitucional das soluções de conciliação dos bens em conflito. É constitucionalmente viável que a ponderação de interesses em causa, na busca dessas soluções, leve em conta o tempo de gestação, precisamente porque, com o desenrolar do processo ontogenético, a realidade existencial de um dos bens a tutelar assume contornos gradativamente distintos, assim se alterando também, correspondentemente, o ponto de equilíbrio a estabelecer com as exigências decorrentes do estatuto jusfundamental da mulher grávida. Como acentua a já mencionada declaração de voto: "(...) o conteúdo da posição jusfundamental da mulher e o papel do Estado no exercício do seu dever de protecção devem ser avaliados de modo diferente na fase inicial e em estágio mais adiantado [da gestação]" (ob. loc. cit.).

Precisamente porque a sua ideia fundante corresponde a um "sentimento jurídico" generalizadamente difundido, o atendimento do tempo de gestação é um dado comum a todas as legislações não radicalmente proibicionistas. Em todas elas, na variabilidade das suas soluções, com



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

10/28/07

maior ou menor amplitude da consagração de previsões de impunibilidade, o factor tempo é considerado. O próprio "modelo das indicações" não o dispensa.

11.4.5. Mas a solução questionada não contende apenas com a medida da protecção do embrião e do feto, na fase inicial da gestação. Ela lança a dúvida quanto à própria existência de protecção e, se admitirmos que ela está consagrada, quanto ao seu modo de efectivação. O que se interroga, em primeira linha, é se a equilibrada harmonização dos valores em conflito, que passa – o que se admite – pelo estabelecimento de regimes diferenciados, consoante o tempo de maturação do embrião e do feto, não é posta em crise quando, dentro de um período inicial, se reconhece autonomia decisória à mulher, facultando-lhe a tomada de uma "decisão livre, consciente e responsável" (alínea b) do n.º 4 do artigo 142.º do Código Penal, na formulação do artigo 1.º da Lei n.º 16/2007). Dando como líquido que a valoração da vida-uterina e a protecção do feto "será quase sempre prevalente nas últimas semanas" (Acórdão n.º 288/98), e que, em fases precedentes, se justifica, em certas circunstâncias, a solução contrária, fica em aberto saber se, e em que condições, o atendimento da posição constitucional da mulher pode ir ao ponto de, nas primeiras semanas, atribuir relevo decisivo à manifestação da sua vontade em interromper a gravidez.

Esta enunciação mais precisa da questão de constitucionalidade a solucionar remete-nos directamente, após o enquadramento efectuado, para a apreciação do sistema instituído pela Lei n.º 16/2007.

Dois notas prévias devem aqui ser explicitadas.

A primeira para evidenciar, em reforço do que já foi dito, que cumpre apreciar apenas se o regime de direito ordinário, globalmente considerado, traduz ou não a realização eficiente do mínimo de protecção constitucionalmente exigido da vida intra-uterina, incluindo da vida do embrião nas primeiras 10 semanas. Não importa averiguar se outras medidas alternativas às adoptadas protegiam em maior grau esse bem. O legislador era livre (no limite da proibição do excesso) de implantar essas medidas, mas não estava vinculado a fazê-lo. Contrariamente ao que se lê no pedido, a questão não está, pois, em saber se não existem outros meios "que melhor protejam o valor da vida". Está apenas em saber se o meio concretamente escolhido satisfaz ou não o mínimo de protecção.

É o cumprimento efectivo de um dever, não o eventual aproveitamento de uma permissão, que constitui o objecto de apreciação, pelo que há que ajuizar unicamente se os meios de que o legislador se socorreu para tal fim levam o direito infraconstitucional a situar-se num ponto ainda consentido pela proibição de insuficiência.

A segunda nota destina-se a afastar, in limine, eventuais representações menos fidedignas do regime posto em vigor. Ele não pode ser caracterizado, por confronto com um modelo puro de indicações, como uma "retrada" ou "demissão" do Direito, com criação de um espaço em branco, "vazio de juridicidade", dentro do período considerado. Só seria assim se a grávida fosse deixada só, na sua decisão, encarada esta como uma pura escolha individual, sem relevo comunitário e, portanto, sem previsão de qualquer tipo de interferência de representantes credenciados do interesse geral.

É assim no direito norte-americano, mas assim não é no sistema instituído pela Lei n.º 16/2007. Esta contém um feixe de indicações normativas, com vinculação da mulher predisposta a interromper a gravidez a certos ónus procedimentais, que constituem outras tantas condições legais de impunibilidade do acto.

Não pode, pois, dizer-se que este acto fique subtraído, no âmbito temporal das 10 primeiras semanas, a toda e qualquer forma de influência e orientação pelo Direito. Nada justifica que as normas de procedimento e de organização sejam, à partida, excluídas do conjunto de instrumentos de direito ordinário mobilizáveis pelo legislador, para fins de tutela de bens constitucionais, pois também elas podem incrementar a probabilidade de preservação da integridade desses bens.

A simples previsão de uma tramitação legal, com imposição à grávida de uma actuação sequencial, em momentos temporalmente intervalados, de que faz parte a sujeição a uma consulta prévia de carácter obrigatório, promove, no mínimo, e desde logo, a consciencialização (ou o reforço da consciencialização) da gravidade ético-jurídica daquilo que se intenta praticar, com incidência potencial sobre a própria tomada de decisão.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

*A mais disso, a obrigatoriedade de percorrer um iter procedimental, em estabelecimento oficial ou oficialmente autorizado, com um prazo entre o pedido de marcação e a efectivação de consulta que pode ir até 5 dias (artigo 16.º, n.º 2, da Portaria n.º 741-A/2007, de 21 de Junho), e um período de reflexão mínimo de 3 dias, entre a consulta prévia e a entrega do documento formalizador do consentimento (artigo 142.º, n.º 4, alínea b) da Lei n.º 16/2007, e artigo 18.º, n.º 1, da referida Portaria), traz, com a garantia de um "consentimento livre e esclarecido", um obstáculo eficiente à execução de decisões tomadas por impulso, circunstancialmente motivadas e insuficientemente ponderadas.*

*Nem é, sequer, rigoroso caracterizar a solução como exprimindo a renúncia à intervenção do direito penal, como instrumento de tutela, no período em causa. Não pode falar-se de renúncia, pelo menos de uma renúncia totalmente abdicativa, pois a interrupção voluntária de gravidez continua a ser punível quando praticada, neste período, com desrespeito pelas condições legalmente fixadas. Nessa medida, estamos apenas perante uma restrição (ainda que significativa) do âmbito da criminalização.*

*O que está em juízo, digamo-lo de uma vez por todas, é saber se os instrumentos penais de intervenção podem, sem perda de eficiência, ou sem perda de eficiência comprometedora da satisfação do imperativo de tutela da vida antes do nascimento, por outros meios jurídicos de conformação, de carácter não penal.*

*11.4.6. Não pode duvidar-se, em face do que já foi dito quanto à vida intra-uterina comungar, em certos termos, da valia intrínseca e da dignidade da vida humana, que ela representa um bem digno de tutela penal. Mas a dignidade jurídico-penal de um bem, se é critério necessário, não é critério suficiente para a outorga da tutela correspondente. Ouçamos o que, a propósito, nos diz FIGUEIREDO DIAS (Direito Penal. Parte geral, I, 2.ª ed., Coimbra, 2007, 127 s.):*

*«O que significa, no fim, que o conceito material de crime é essencialmente constituído pela noção de bem jurídico dotado de dignidade penal; mas que a esta noção tem de acrescer ainda um qualquer outro critério que torne a criminalização legítima. Este critério adicional é – como, de resto, uma vez mais directamente se conclui a partir do já tantas vezes referido art. 18.º -2 da CRP – o da necessidade (carência) de tutela penal. [...] Uma vez que o direito penal utiliza, com o arsenal das suas sanções específicas, os meios mais onerosos para os direitos e liberdades das pessoas, ele só pode intervir nos casos em que todos os outros meios de política social, em particular da política jurídica não-penal, se revelem insuficientes ou inadequados. Quando assim não aconteça, aquela intervenção pode e deve ser acusada de contrariedade ao princípio da proporcionalidade, sob a precisa forma de violação dos princípios da subsidiariedade e da proibição do excesso. [...] Neste sentido se pode e deve afirmar, em definitivo, que a função precípua do direito penal – e desta deriva o conceito material de crime – reside na tutela subsidiária (de última ratio) de bens jurídico-penais.»*

*"O inevitável entreposto constituído pelo critério da necessidade ou da carência de pena" não pode, pois ser ultrapassado (A. ob. cit., 130), devendo ser objecto de consideração autónoma, dado que a carência de pena não é inferível, sem mais, da dignidade jurídico-penal do bem, por mais forte que ela seja.*

*E essa tarefa de ponderação da necessidade de criminalização, cabe, em princípio, ao legislador ordinário, estando inserida, como um dos seus momentos mais relevantes, no cumprimento do mandato geral de consagração de mecanismos de tutela. Na falta de uma injunção expressa de intervenção penal, cal no âmbito da valoração mediatória do legislador uma decisão a esse respeito – a qual, naturalmente, deverá ser tomada com observância dos princípios constitucionais aplicáveis, em particular o da proporcionalidade. A ideia de que "a Constituição impõe (apenas) a protecção como resultado, mas não a sua conformação específica" (BVerfGE, 88, 254) não deixa de abranger também a própria opção de base de utilização ou preterição de instrumentos penais, pelo menos para quem admita que não existem imposições jurídico-constitucionais implícitas de criminalização – posição que, não sendo incontestada, é defendida, entre nós, nomeadamente por FIGUEIREDO DIAS (ob. cit., 129).*



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

12/5/69

11.4.7. Tem sido esta também a posição que o Tribunal, desde a primeira hora, tem adoptado, quanto à questão de saber se, por imperativo constitucional, a tutela da vida pré-natal postula a penalização dos comportamentos que a ofendam.

Logo no Acórdão n.º 25/84, depois de se chamar a atenção para "a ineficácia da repressão penal", neste campo, por força da "falta de reacção das chamadas 'instâncias sociais de controle'", deixou-se expresso:

«Daí que se compreenda que os estudiosos da matéria não pudessem deixar de interrogar-se sobre os meios de ordem não-penal capazes de minorar esses males, sendo certo para mais que a repressão penal, à luz do chamado "princípio da subsidiariedade", só se justifica se for proporcionada, e para o ser precisa de ter eficácia. Quando esta não se alcance, então devem procurar-se outros meios ou processos de evitar tal flagelo [...]».

Essa ideia foi retomada no Acórdão n.º 85/85, tendo-se aí sustentado, entre outras afirmações de idêntico teor:

«Por outro lado, independentemente da natureza da protecção constitucional da vida intra-uterina, nada, porém, impõe constitucionalmente que essa protecção tenha de ser efectivada, sempre e em todas as circunstâncias, mediante meios penais, podendo a lei não recorrer a eles quando haja razões para considerar a penalização como desnecessária, inadequada ou desproporcionada ou quando seja possível recorrer a outros meios de protecção mais apropriados e menos gravosos».

Pode dizer-se que, com estas duas decisões, a jurisprudência constitucional portuguesa, partindo do princípio que a vida pré-natal é um bem constitucionalmente protegido, enquanto valor objectivo, de imediato acrescentou que a sanção penal deve constituir uma última instância, só justificada quando essa protecção não possa ser garantida de outro modo.

Os Acórdãos n.ºs 288/98 e 617/2006 reiteraram essas duas ideias-força. Assim, pode ler-se no primeiro:

«Nesta visão das coisas, reconhecer-se-á que o artigo 24.º da Constituição da República, para, além de garantir a todas as pessoas um direito fundamental à vida, subjectivado em cada indivíduo, integra igualmente uma dimensão objectiva, em que se enquadra a protecção da vida humana intra-uterina, a qual constituirá uma verdadeira imposição constitucional».

Todavia, essa protecção da vida humana em gestação não terá de assumir o mesmo grau de densificação nem as mesmas modalidades que a protecção do direito à vida individualmente subjectivado em cada ser humano já nascido - em cada pessoa.

[...] De todo o modo, de acordo com esta leitura, o legislador ordinário estará vinculado a estabelecer formas de protecção da vida humana intra-uterina, sem prejuízo de, procedendo a uma ponderação de interesses, dever balancear aquele bem jurídico constitucionalmente protegido com outros direitos, interesses ou valores, de acordo com o princípio da concordância prática».

Dentro deste quadro de pensamento, o referido Acórdão consolidou também a orientação, já seguida pelo Acórdão n.º 85/85, da admissibilidade de uma tutela gradativa, "progressivamente mais exigente à medida que avança o período de gestação".

Quanto aos meios de tutela, ambas as decisões se irmanaram na aceitação do ponto de vista de que não há uma imposição constitucional de criminalização, na situação em apreço, tendo o Acórdão n.º 617/2006 expressamente aludido ao princípio da necessidade, nestes termos:

«Tal como já resultava do Acórdão n.º 288/98, deverá salientar-se que estamos no terreno da responsabilidade penal, onde prevalece o princípio da necessidade da pena e não perante uma mera discussão sobre o reconhecimento de valores ou meras lógicas de merecimento de protecção jurídica».

11.4.8. Tendo em conta a operatividade autónoma do princípio da necessidade e a imprescindível conjugação da proibição do dífice de protecção com o princípio da proporcionalidade, é metodicamente incorrecto partir aprioristicamente da legitimidade da intervenção penal, só afastável mediante a prova da disponibilidade de um meio alternativo de tutela menos intrusivo e de eficiência equivalente ou superior. Com isso se inverte o sentido do percurso valorativo e a colocação do ónus de fundamentação, assumindo-se como ponto de partida o que não pode ser senão o hipotético ponto de chegada.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

13/26/64

*Dando como assente que a sanção penal é o instrumento mais gravoso de intervenção, com a consequente prioridade aplicativa, deste ponto de vista, de qualquer outro que o seja menos, a sua utilização não pode resultar, sem mais, da eventual insatisfação provocada por outros instrumentos de tutela. Há que evitar, nesta matéria, qualquer juízo prima facie, pelo que a intervenção penal não pode escapar ao crivo da comprovação positiva da sua eficiência própria, até porque da ineficiência de outros meios não pode deduzir-se automaticamente a eficiência do direito penal.*

*Está hoje assente, na doutrina penal, e na senda da teoria dos fins das penas de LISZT, que os elementos "necessidade" e idoneidade" constituem pressupostos justificativos da pena. Assevera, a este respeito, CLAUD ROXIN:*

*"Não se pode castigar - por falta de necessidade - quando outras medidas de política social, ou mesmo as próprias prestações voluntárias do delincente garantam uma protecção suficiente dos bens jurídicos e, inclusivamente, ainda que se não disponha de meios mais suaves, há que renunciar - por falta de idoneidade - à pena quando ela seja política e criminalmente inoperante, ou mesmo nociva." - Problemas fundamentais de direito penal, 2.ª ed.ª, Lisboa, 1993, 57-58.*

*A utilização do direito penal só se legitima quando seja de lhe atribuir (como requisito mínimo) eficiência, e quando a eficiência que se lhe imputa, sendo incontroversamente superior à de qualquer outro meio alternativo, é também a única capaz de atingir o mínimo de protecção constitucionalmente imposto. Só nestas condições resultam satisfeitos os critérios da idoneidade e da necessidade, só assim se justifica a conversão do imperativo constitucional de tutela, ainda indeterminado quanto aos meios, num preciso dever de estabelecimento de sanções penais.*

*Ora, a tal respeito, a interrupção voluntária da gravidez põe em cheque convicções adquiridas nouros campos.*

*Na verdade, essa acção faculta um bom exemplo de uma das situações em que não pode partir-se da ideia da eficiência da intervenção do direito penal, como se de uma apriorística evidência se tratasse. A singularidade da relação conflitual e da fonte do perigo de lesão explicam, em boa medida, essa falência dos instrumentos penais.*

*Dados os termos da tipificação legal, a questão só se põe quando a interrupção é realizada com o consentimento da própria grávida. Nessa configuração, em que se esfuma a alteridade entre autor e vítima, a ameaça de sanção penal para resolver um conflito "interior", de carácter existencial, na esfera pessoal de alguém que simultaneamente provoca e sofre a lesão, não tem a eficiência que, em geral, lhe cabe.*

*Os números aí estão, para o comprovar eloquentemente. O regime de punibilidade, aplicável em todas as fases da gestação, não evitou a prática, em larga escala, do aborto, frequentemente em condições atentatórias da dignidade e de grave risco para a saúde física e psíquica (ou até para a vida) da mulher - bens, estes, objecto de direitos fundamentais, radicados na esfera da grávida, iambém eles, a fortiori, cobertos por um dever estadual de protecção.*

*Acresce que a eficiência da criminalização, neste como em qualquer outro domínio, depende, em primeira linha, do efectivo exercício dos poderes punitivos do Estado. No que agora nos ocupa, só a efectiva perseguição e pronúncia, em número significativo, dos agentes do crime de interrupção voluntária da gravidez constituiria, potencialmente, um factor de contenção da sua prática.*

*Ora, o que constatamos, ano após ano, é a extrema raridade das condenações com esta causa. Segundo dados constantes do "Relatório e Parecer da Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias", intitulado Sobre interrupção voluntária de gravidez, elaborado, em Fevereiro de 1997, pelo deputado José de Magalhães, foram registados, nos sete anos anteriores, nos serviços do Ministério Público, a nível nacional, 97 processos relativos à possível ocorrência de crimes de aborto. Quanto a condenações, foram proferidas, entre 1985 e 1995, em número que oscilou entre duas (em 1986 e 1988) e treze (em 1992), perfazendo, nesses onze anos, um total de 66. Constata-se, assim, que, em flagrante contraste com a sua grande difusão, o crime de interrupção voluntária da gravidez muito poucas vezes atravessa os umbrais das portas dos nossos tribunais. E quando, excepcionalmente, tal acontece, a reacção social é mais de mal-estar do que de aplauso - a evidenciar, conjuntamente com a inércia das instâncias sociais de controlo, que o alto significado do bem afectado e a gravidade da lesão não são acompanhados, como seria normal (não fora o particular contexto conflitual do acto lesivo), por um sentimento de radical intolerabilidade. Isto mostra que, do ponto de vista comunitário, tal comportamento não é valorado como um crime.*





## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

14/25/07

*Nem se detecta qualquer movimento social significativo no sentido da alteração deste estado de coisas, pugnando pelas efectivas perseguição e punição do maior número de infractoras.*

*A observação da realidade – e a ponderação da celeridade de pena, em função, como deve ser, da sua eficiência relativa, não pode passar à margem de uma diagnose da factualidade empírica da vivência social – não é, pois, de molde a conferir, com um mínimo de consistência, validade a um discurso de criminalização da interrupção em todo o arco temporal da gravidez, incluindo na sua fase mais precoce. Não é de esperar que a penalização criminal crie um “ambiente” de decisão favorável à prossecução da gravidez.*

*E esta conclusão não representa uma conjectura ou uma prognose, mais ou menos falível, sobre o futuro, mas um julgo seguro que assenta em dados indelmentíveis retirados da experiência passada, uma vez que esse foi o regime anteriormente em vigor, já testado na sua aplicação.*

*11.4.9. Mas o regime instituído pela Lei n.º 16/2007 não se caracteriza apenas pela forte retracção da intervenção penal, nas primeiras 10 semanas de gravidez. Na verdade, não estamos perante uma simples ampliação dos casos de impunibilidade, dentro do mesmo critério inspirador, como seria o caso se, por exemplo, tivessem sido acrescentadas novas indicações justificativas (a indicação económico-social, designadamente).*

*Aquele diploma operou uma verdadeira mudança do paradigma regulador, na medida em que passou a admitir uma hipótese de exclusão de punição que passa apenas, no plano das condições substantivas, pela vontade da gestante. É esta quem, em último termo, e ainda que tendo que satisfazer requisitos procedimentais, dita a preservação ou não da vida intra-uterina, não ficando sujeita a punição na hipótese de se decidir pela interrupção. O julgo definitivamente relevante, a esse respeito, é o julgo subjectivo da própria grávida, não tendo ela que o submeter à apreciação, segundo critérios objectivos, de uma entidade terceira. Ainda que a intervenção desta esteja prevista, como parte num processo comunicacional que inclui uma consulta obrigatória, ela não goza de qualquer poder vinculante, impositivo de uma solução contrária à desejada pela grávida.*

*É forte a tentação de concluir daqui que o resultado deste regime é a desprotecção total da vida intra-uterina. Mas esta conclusão seria algo apressada, não levando em conta, mais uma vez, a singularidade da situação.*

*O conceito de “dualidade na unidade”, como um sistema móvel, em que o segundo termo goza, na fase inicial da gestação, de predominância, que perde progressivamente, em favor do primeiro, tem, de novo, virtualidades justificativas desta específica opção legal.*

*A relação que aqui se estabelece, mesmo quando conflitual, não é entre subjectividades em oposição, pois o feto não é sentido pela grávida como um “outro”, como um ente destacado de si própria. Daí que o conflito dramaticamente sentido pela grávida, quando coloca a hipótese de abortar, seja, em grande medida, um conflito consigo própria, travado no âmago da sua personalidade, sofrido como pessoalíssimo e, como tal, refractário a uma solução autoritária “vinda de fora”.*

*Neste quadro singular, é defensável que o Estado, através do legislador, valere como cumprindo melhor o seu dever de protecção, numa fase inicial da gravidez, tentando “ganhar” a grávida para a solução da preservação da potencialidade de vida, através da promoção de uma decisão reflectida, mas deixada, em último termo, à sua responsabilidade, do que ameaçá-la com uma punição criminal, de resultado comprovadamente fracassado (ou, mesmo, segundo alguns, contrário ao desejado, como o próprio Tribunal Constitucional alemão admite – BVerfGE 88, 265). Através, designadamente, de uma consulta de aconselhamento, em que a grávida é encarada como “interlocutora” (Ansprechpartnerin) e não como “adversária de uma pretensão” (Anspruchsgegnerin) – para utilizarmos os sugestivos termos dos juizes MARENHOLZ e SOMMER, na declaração de voto citada (BVerfGE 88, 343) –, visa-se influenciar as suas motivações internas, favorecendo um comportamento espontâneo que não afecte o bem da vida. Estando esse bem corporizado num embrião ou num feto que a grávida traz em si e dela depende, como suporte vital, é com ela, e não contra ela, que se intenta protegê-lo (ibidem, 266).*

*Difícilmente se pode negar a adequação, de princípio, do meio de tutela à situação do bem a tutelar, a homologia do processo tutelador com a configuração específica do objecto de tutela.*



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

15/25/67

*E a solução não se apoia tanto numa reponderação dos interesses em conflito, com melhor acolhimento dos títulos pela grávida (muito embora o atendimento desses interesses decorra objectivamente da solução agora consagrada e corresponda a padrões jusculturais sobre a posição da mulher hoje largamente aceites), mas na correcta compreensão, e devida valoração, da especificidade desse conflito, muito distinto dos que nascem entre dois sujeitos com vida e personalidades próprias. Foi entendido (e a experiência judiciária confirma-o) que essa especificidade rouba aos instrumentos penais a idoneidade e a eficiência de que geralmente dão mostras, pelo que, levando a sério os critérios da adequação e da necessidade, optou-se por dar preferência, no período inicial da gravidez, a uma solução que, com pleno respeito da sua liberdade decisória, faz apelo ao sentido de responsabilidade da grávida.*

*11.4.10. O alcance tutelador deste regime não pode ser objecto de desvalorização total e imediata, in radice. Não se pode partir do princípio de que o propósito de não prosseguir com a gravidez se filia em puras razões hedonísticas, impulsionadoras de decisões apenas ditadas pelo interesse egoísta da própria grávida. Dados fiáveis da análise sociológica e, até, o testemunho de profissionais envolvidos nos processos de interrupção – cfr., para o caso alemão, BVerfGE 88, 349 – apontam, todavia, noutra direcção. Eles evidenciam que a decisão de abortar é tipicamente tomada, não obstante a angústia que provoca, por genuína convicção de que se trata da decisão certa, no que pesa o sentido de responsabilidade perante a vida futura do nascituro e perante outros sujeitos, a quem se quer evitar dor ou causar prejuízo. Razões de responsabilidade moral, tal como a grávida as compreende e sente, colocam-se frequentemente de ambos os lados da opção a tomar. Como diz ROBIN WEST, "(...) a decisão de abortar é quase invariavelmente tomada dentro de uma rede de responsabilidades e obrigações entrecruzadas, concorrentes e muitas vezes irreconciliáveis" (apud RONALD DWORKIN, *Life's Dominion. An Argument about Abortion and Euthanasia*, London, 1993, 58).*

*Num campo de valoração pouco propício a concepções absolutizantes de imperativos reguladores, em que não se divisam soluções ideais, de eficiência garantida, mas em que, pelo menos, é certo que a punição criminal não reduz significativamente o número de abortos e é contraproducente em relação a bens constitucionalmente protegidos (a saúde da mulher, designadamente), não se afigura injustificado confiar na capacidade da grávida para tomar uma decisão responsável. Um direito soft, de base prestativa, mais promocional do que repressivo, pode criar condições, na mente e na vontade da grávida, para que, naqueles casos em que a dúvida interior se prolonga, subsistindo mesmo após o início do processo de externalização da intenção abortiva, a decisão venha a pender para o lado da vida. E só esses casos importam, pois todos os outros são, realisticamente, casos "perdidos".*

*11.4.11. Não sendo de rejeitar, à partida, por razões de eficiência, esta solução abona-se em razões de princípio, na consideração da personalidade e da dignidade da mulher. Há que atentar em que a carga axiológica do princípio da dignidade humana não está toda do lado da vida intra-uterina. Ela investe também a posição jurídico-constitucional da mulher, sendo que, nesta esfera, não está apenas em causa o valor objectivo da vida humana, mas a sua valia pessoal para alguém, uma pessoa, um sujeito já reconhecido como titular de direitos fundamentais.*

*É certo que a interrupção voluntária da gravidez representa a denegação pura e simples da expressão mais essencial desse valor, quando reportado à fase intra-uterina. Em contrapartida, a hipótese contrária, a futura concretização de um nascimento com vida, preserva, em princípio, a continuação da existência da grávida, tendo impacto, por forte que seja, apenas na condução de uma vida com sentido, na impossibilitação (ou no agravamento da impossibilitação) das condições que, para a própria, em autodeterminação (e também, eventualmente, para outros sujeitos directa ou indirectamente envolvidos), são tidas como dando valor substancial à sua vida.*

*Nesta medida, pode dizer-se que é maior a gravidade da lesão causada pela interrupção voluntária da gravidez. Mas essa conclusão apenas justifica a atribuição de maior peso ao interesse na sua prossecução, na ponderação a estabelecer com o interesse contrário. Já não legitima a renúncia à busca de soluções minimamente compromissórias, em desconsideração total do pólo valorativo formado pelo reconhecimento do valor constitucional da posição da mulher. Tanto mais*



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

76/25 CM

que, para esta, o respeito pela vida intra-uterina não se traduz apenas, como para terceiros, num dever de omitir qualquer conduta que a ofenda, num deixar correr, sem interferências lesivas, o processo natural de gestação, vindo também a implicar, após o nascimento, na vinculação, por largos anos, a deveres permanentes de manutenção e cuidado para com um outro, os quais oneram toda a sua esfera existencial (cfr. MARGOT v. RENESSE, "§ 218 F. StGB – eine unvollkommene Antwort auf ein unlösbares Problem", Zeitschrift für Rechtspolitik, 1991, 321 s. 322-323).

Esse compromisso, não estando em causa um conflito intersubjectivo, protagonizado por dois titulares de direitos fundamentais, mas um conflito entre bens pessoais de um sujeito e a tutela objectiva do "bem social" do respeito pela vida, pode legitimamente ser estabelecido, pois, enquanto valor digno de tutela independentemente do interesse pessoal de alguém, a vida humana não está sujeita a uma lógica protectora de "ou tudo ou nada", refractária a gradações "de mais ou de menos", imperante quando ela é objecto de um direito individual.

E pode bem dizer-se que o conjunto da disciplina da interrupção voluntária da gravidez tem em conta, na justa medida, o maior peso do valor da vida. Predominam aí as medidas punitivas, recorrendo o Estado exclusivamente ao direito penal, para cumprir o seu dever de protecção do embrião e do feto, nos estádios da gravidez em que a "dualidade" transparece com nitidez. Só nas primeiras 10 semanas – período mais curto, aliás, do que o de 12 semanas generalizadamente vigente, em direito comparado – é que o Estado, sem se demitir desse dever, o prossegue por uma via combinatória da sanção penal com instrumentos auto-responsabilizadores.

Esses instrumentos vão ao ponto de admitir que a última palavra, nesse período temporalmente limitado, caiba à grávida. Razões de eficiência e de respeito pelo estatuto constitucional da grávida casam-se, na justificação desta solução específica, que não merece, por isso, uma apriorística censura constitucional. Se o legislador, no uso da sua liberdade de escolha dos meios de tutela, entendeu ser apropriado recorrer à colaboração da própria grávida, fazendo apelo ao seu sentido de responsabilidade – opção que, como vimos, tem por si um fundamento razoável –, a salvaguarda da sua autonomia de decisão, para além de ser a solução que melhor se ajusta ao reconhecimento da dignidade da mulher, é, verdadeiramente, uma condição necessária à possibilidade de eficácia daquele apelo.

11.4.12. Mas a conclusão de que não há obstáculos, de princípio, à admissão desta solução, em si mesma, não corresponde ainda a uma resposta definitiva à questão de constitucionalidade posta, pois essa resposta não pode ser dada sem valoração das condições que subtraem à punibilidade a decisão, pela grávida, de interrupção voluntária da gravidez.

Isso porque dessas condições vai depender, em último termo, que possa ser atribuído à disciplina legal da forma de realização daquele acto alcance tutelador da vida pré-natal, em medida satisfatória do mínimo de protecção.

Falta apreciar, pois, se aos trâmites legalmente fixados pode ser imputado esse efeito.

De entre esses trâmites, avulta como de significado primordial, deste ponto de vista, uma consulta prévia, de carácter obrigatório, a partir da qual se conta um período de reflexão de um mínimo de 3 dias, necessário para a prestação eficaz do consentimento.

Nos termos da alínea b) do n.º 4 do artigo 142.º do Código Penal, a consulta destina-se "a facultar à mulher grávida o acesso à informação relevante para a formação da sua decisão livre, consciente e responsável".

Nesta redacção legal baseia-se a qualificação da consulta, pelos requerentes, como puramente informativa. Ora, alega-se, só uma consulta de aconselhamento dissuasora permitiria concluir que, apesar de tudo, o legislador não voltou as costas ao dever de protecção. Um regime que não a consagre posiciona-se aquém do que é constitucionalmente devido, pelo que estaria ferido de inconstitucionalidade.

Uma tomada de posição sobre este último patamar da questão beneficiará com um breve excursus pelo direito comparado, com particular incidência sobre este ponto específico.

Por aí começaremos.

11.4.13. Pode dizer-se que o "modelo de prazos" é hoje largamente dominante na Europa, pois, na grande maioria dos países europeus, o regime legal prevê a impunibilidade de realização



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

17/25 (201)

médica da interrupção voluntária da gravidez, por opção da mulher, dentro de certo período, sem dependência da verificação de determinadas circunstâncias, taxativamente previstas e heteronomamente controláveis.

Para além disso, em certos ordenamentos que exigem a invocação de razões justificativas, na prática aplicativa, uma interpretação muito liberal dessa exigência faz com que o regime não se diferencie significativamente daquele outro. É o caso, notoriamente, do Reino Unido e da Espanha, países onde, aliás, estão em curso projectos de reforma. Na Bélgica (lei relativa à interrupção voluntária da gravidez, de 3 de Abril de 1990) e na Suíça (regime entrado em vigor em 1 de Outubro de 2002, após consulta referendária), exige-se apenas a invocação, pela mulher, de um "estado de angústia" (state of distress). Mas, como essa situação não é objecto de qualquer parecer médico de verificação (só exigível, na Suíça, após o prazo de 12 semanas), a solução corresponde substancialmente ao modelo de prazos.

No interior deste modelo, são diversos, porém, os níveis de aceitação da impunibilidade.

Tal patienela-se, desde logo, na maior ou menor extensão do período temporal da gestação a que se aplica este regime.

O período mínimo é de 10 semanas. Vigora apenas em Portugal, na Bósnia/Herzegovina, Macedónia e Turquia. Na Estónia, é de 11 semanas, 13 na Holanda, 14 na Roménia, atingindo o máximo na Suécia, onde é de 18 semanas (Lei n.º 595, de 14 de Junho de 1974, alterada pela Lei n.º 660, de 1993, e pela Lei n.º 998, de 2007). Em todos os outros países que aderiram a este modelo, o prazo é de 12 semanas ou de 3 meses [todos estes dados, actualizados a Janeiro de 2009, foram recolhidos em *Abortion Legislation in Europe*, publicado pela "International Planned Parenthood Federation, European Network", [www.ippfen.org](http://www.ippfen.org)].

Mas a diferenciação de regimes passa também pela natureza e número das condições concretas da impunibilidade, nomeadamente pela previsão ou não de uma consulta prévia obrigatória, e, em caso afirmativo, pelo conteúdo e finalidade dessa consulta.

Não estabelecem aquela exigência, por exemplo, os sistemas em vigor na Grécia (Lei n.º 1069, de 3 de Julho de 1986), Dinamarca (Lei n.º 350, de 13 de Junho de 1973, com alterações em 1995 e em 2008), Suécia e também, após as modificações introduzidas em 2001, em França.

Neste último país, alterando a chamada Lei Veil, que procedeu à descriminalização da interrupção voluntária da gravidez até às dez semanas, em situações de angústia, o novo regime, contido agora no Code de la Santé Publique (Ordonnance n.º 2000-548, de 15 de Junho de 2000), procedeu ao alargamento do prazo em que a mulher pode solicitar a interrupção voluntária da gravidez de dez para doze semanas.

E se, antes de 2001, uma tal intervenção só poderia ser efectuada após um período de reflexão subsequente a uma consulta de aconselhamento – no âmbito da qual, designadamente, a mulher fosse informada dos direitos e ajudas sociais de que poderia beneficiar se viesse a ter o filho – depois da Lei n.º 2001-588, de 4 de Julho de 2001, que interveio em matéria de aconselhamento, este tornou-se, facultativo, em regra, só sendo obrigatório para as menores.

O Conselho Constitucional pronunciou-se sobre tal lei, tendo considerado que ela "não quebrou o equilíbrio que o respeito da Constituição impõe entre, por um lado, a salvaguarda da dignidade da pessoa humana contra toda a forma de degradação e, por outro lado, a liberdade da mulher que decorre do artigo 2.º da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão" (Décision n.º 2001-446 DC, de 27 de Junho, consultável em [www.conseilconstitutionnel.fr/decision/2001/20011446/20011446dc.htm](http://www.conseilconstitutionnel.fr/decision/2001/20011446/20011446dc.htm)).

Também na Áustria, o Tribunal Constitucional foi chamado a pronunciar-se sobre a solução do prazo, entrada em vigor em 1975, tendo concluído pela sua não inconstitucionalidade, por entender que não se verificava violação do artigo 2.º da Convenção Europeia dos Direitos do Homem (integrada no bloco da constitucionalidade), pois que este apenas protegeria a vida já nascida, encontrando-se a vida intra-uterina excluída do respectivo âmbito de protecção. Considerou, por outro lado, que as leis básicas em matéria de direitos fundamentais apenas asseguram protecção contra o Estado e não contra outros cidadãos.

A estes regimes, é possível contrapor aqueles outros que, acolhendo embora o princípio da exclusão da punibilidade da interrupção voluntária da gravidez medicamente realizada até um determinado momento da gestação, lhe associam um sistema de aconselhamento obrigatório.



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

18/2/69

Mas, dentro deste bloco modelar, não há inteira homogeneidade de soluções quanto à disciplina de tal aconselhamento.

Na grande maioria dos casos a considerar, o comprometimento na formação de decisões espontâneas de prossecução da gravidez não é explicitamente assumido, a nível das formulações dos enunciados prescritivos da consulta e do seu conteúdo. Eles caracterizam-se genericamente por obrigar a grávida, antes da realização da interrupção da gravidez, a dirigir-se a uma instituição onde, em regra, lhe são comunicadas, entre outras, informações relativas ao apoio social de que poderá dispor, antes e depois do nascimento, e informação de diversa índole, desde os riscos médicos do aborto aos locais onde pode ser realizado.

A consulta obrigatória está prevista, por exemplo, na Bélgica. A mulher é sujeita a aconselhamento prévio, devendo ser informada dos riscos médicos da intervenção e, bem assim, dos direitos e apoios de natureza social e psicológica que pode obter no caso de levar a gravidez até ao seu termo. Por outro lado, a intervenção só pode ser efectuada, no mínimo, seis dias após a primeira consulta.

Na Holanda, a lei da interrupção voluntária da gravidez de 1 de Maio de 1981, que entrou em vigor em Novembro de 1984, após um decreto de 17 de Maio de 1984 que a regulamentou, alterou o modelo vigente.

Nos seus termos, o aborto provocado não é penalizado quando, para além da observância dos requisitos respeitantes ao local e momento da interrupção da gravidez, se verifica uma situação de necessidade, auto-avaliável pela grávida. Estabeleceu-se um processo de aconselhamento obrigatório, visando analisar alternativas à interrupção voluntária da gravidez, impondo-se ao médico que "se certifique, se a mulher achar que a situação de emergência não poderá ser resolvida de outro modo, que ela manifestou e manteve o seu pedido de livre vontade, após cuidadosa reflexão e na consciência da sua responsabilidade pela vida pré-natal e por si própria e pelos seus".

Aos modelos de aconselhamento acabados de descrever contrapõe-se singularmente o instituído no ordenamento jurídico alemão, em consequência da decisão do Tribunal Constitucional de 28 de Maio de 1993.

Tal decisão apreciou a lei aprovada em consequência da reunificação e dirigida a introduzir o «sistema de prazos», despenalizando o aborto praticado por médico durante as primeiras doze semanas da gravidez, desde que a mulher se tenha previamente submetido a uma consulta de aconselhamento em que lhe são dadas as explicações médicas e práticas necessárias para a orientar correctamente na sua escolha.

Chamado a apreciar esta alteração legislativa, o Tribunal Constitucional alemão partiu da consideração de que a Constituição obriga expressamente o Estado à tutela e ao respeito da dignidade que é própria da vida humana e que desta participa, não apenas a vida humana já nascida ou com personalidade já formada, mas também a vida pré-natal. Partiu também do reconhecimento de um direito à vida individual do nascituro, direito esse não dependente da sua aceitação por parte da mãe. Daí a proibição, de princípio, do aborto e o dever, de princípio, de levar a gravidez ao termo.

O cumprimento desta obrigação jurídica deve ser assegurado por meios de tutela, mas a definição detalhada da modalidade e da extensão da protecção que constitucionalmente se impõe constitui competência do legislador: a Constituição prevê a tutela como finalidade, mas não a sua concretização ou finalização detalhadas.

Atnda que o direito penal surja geralmente como o sector onde ancorar legislativamente a tutela da vida humana, não será constitucionalmente censurável que a valoração cometida ao legislador ordinário se efectue na base de uma análise segundo a qual, no caso de uma situação de mal-estar devida a uma gravidez, o desenvolvimento da ameaça de sanção penal actuaria mais no sentido contrário a uma decisão da mulher favorável à prossecução da gravidez, já que a gestante vive este conflito de um modo muito pessoal e tende a defender-se do juízo e da valoração desse estado por parte de terceiros.

Assim, ao legislador não se encontrará constitucionalmente vedada, em linha de princípio, a possibilidade de, na realização do seu dever de defender a vida, se virar para um conceito de tutela que parta da consideração de que, na primeira fase da gravidez, uma protecção mais eficaz da vida



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

19/25/09

*pré-natal resulte da criação de premissas positivas para uma acção da grávida em favor do nascituro, evitando que esta se oriente unilateralmente e decida segundo os seus interesses pessoais.*

*Nesta perspectiva, não se exclui que a tutela, na primeira fase da gravidez, se baseie principalmente na obrigatoriedade de uma prévia consulta da gestante, destinada a convencê-la a levar a gravidez até ao fim. Para o efeito de assegurar a necessária abertura e consequente eficácia da consulta, justifica-se também que se renuncie ao sancionamento penal, bem como ao controlo por terceiros que é próprio do regime das indicações justificativas.*

*No plano da conformação normativa do procedimento de consulta, o legislador pode partir do princípio de que esta apenas terá possibilidade de funcionar como meio de tutela da vida pré-natal se for conduzida de modo aberto quanto ao resultado, pertencendo à grávida a decisão livre e final, ainda que necessariamente vinculada à prévia concessão ao Estado da faculdade de desincentivo à interrupção.*

*Uma consulta de natureza meramente informativa, neutral quanto à finalidade e simplesmente destinada a facultar à grávida todos os elementos necessários à sua livre decisão, não lhe permitiria funcionar como meio de tutela, o que condenaria a viabilidade constitucional do modelo preventivo, substitutivo da proibição e ameaça penais, por violação do princípio da proibição do défice de tutela.*

*Procurando dar execução à orientação estabelecida na decisão do Tribunal Constitucional, uma lei de 21 de Agosto de 1995 procedeu a uma modificação do Código Penal, sendo que, na Alemanha, actualmente, a interrupção voluntária da gravidez praticada por um médico, com o acordo da mulher grávida, não será punível desde que efectuada nas primeiras doze semanas e a mulher se tenha submetido a aconselhamento. Quanto a este, dispõe o § 219, n.º 1, do Código Penal alemão, no segmento que mais importa:*

*«O aconselhamento serve a protecção da vida que está por nascer. Deve orientar-se pelo esforço de encorajar a mulher a prosseguir a gravidez e de lhe abrir perspectivas para uma vida com a criança; deve ajudá-la a tomar uma decisão responsável e em consciência.»*

*11.4.14. Por este curto panorama comparatístico, se pode ver que o "modelo de prazos" oferece múltiplas variantes tipológicas, separadas, aliás, por finas diferenças de conformação, no que diz respeito, sobretudo, ao regime do aconselhamento.*

*Quanto a este, é incontroverso, atento o disposto na alínea b) do n.º 4 do mesmo preceito e no artigo 2.º da Lei n.º 16/2007, que a consulta prévia foi, entre nós, incluída nos trâmites a observar obrigatoriamente, como condição da não punibilidade da interrupção efectuada ao abrigo da previsão da referida alínea e). Ao contrário de outros ordenamentos europeus, o direito português não dispensou uma estrutura comunicacional de proximidade com a grávida e os seus problemas, solução manifestamente mais favorecedora da possibilidade de a interrupção não vir a ocorrer do que a hipótese inversa.*

*Tendo isso em conta, e também a fixação do prazo no escalão mínimo, pode, desde já, dizer-se que a disciplina jurídica recém-instituída não se mostrou insensível ao interesse na prossecução da gravidez. Mesmo o modo como reservou um certo espaço para uma decisão ad nutum da mulher tomou em conta esse interesse. Resta saber se o fez em medida suficiente para cumprir o imperativo de protecção, para o que temos que nos debruçar, mais de perto, sobre a modelação, em concreto, do regime da consulta obrigatória.*

*Da alínea b) do n.º 4 do artigo 142.º do Código Penal resulta que o consentimento da gestante à realização da interrupção médica da gravidez "é prestado [...] em documento assinado pela mulher grávida ou a seu rogo, o qual deve ser entregue no estabelecimento de saúde até ao momento da intervenção e sempre após um período de reflexão não inferior a três dias a contar da data da realização da primeira consulta destinada a facultar à mulher grávida o acesso à informação relevante para a formação da sua decisão livre, consciente e responsável".*

*Sob a epígrafe "Consulta, informação e acompanhamento", o artigo 2.º da Lei n.º 16/2007 especifica, por seu turno, a natureza do conhecimento que, através daquela informação, deve ser proporcionado à grávida no âmbito da primeira consulta, preceituando que o mesmo deve contemplar: a) as condições de efectuação, no caso concreto, da eventual interrupção voluntária da gravidez e suas consequências para a saúde da mulher; b) as condições de apoio que o Estado pode*



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

20/25  
607

dar à prossecução da gravidez e à maternidade; c) a disponibilidade de acompanhamento psicológico durante o período de reflexão; d) a disponibilidade de acompanhamento por técnico de serviço social, durante o período de reflexão.

Por estas notas essenciais, pode concluir-se que o sistema português se distancia do alemão, na medida em que não contém qualquer injunção expressa dirigida aos profissionais intervenientes na consulta, no sentido de esta dever ser orientada pelo objectivo de dissuasão da intenção abortiva.

Ora, resulta de determinado segmento das alegações do pedido que uma solução análoga à do direito alemão é considerada – com expressa citação da decisão do Tribunal Constitucional desse país acima referida – como imprescindível para realizar “o equilíbrio possível” entre o valor da liberdade da mãe e o da vida “em devir”. Justifica-se, assim, que, aqui chegados, concentremos neste ponto a questão de constitucionalidade que nos ocupa, reduzindo-a à questão de saber se aquele traço distintivo entre os dois sistemas representa também, face à nossa Constituição, a inultrapassável linha de fronteira de uma disciplina constitucionalmente conforme. O que, noutros termos, cumpre avaliar é se tem que transparecer explicitamente da semântica do texto normativo a finalidade dissuasora da consulta, como garantia ineliminável da sua efectiva actuação nesse sentido e, desse modo, como exigência do cumprimento pelo Estado do mínimo de tutela que lhe incumbe.

11.4.15. O nosso legislador revelou transparentemente a finalidade da consulta, ao dispor que ela se destina a “facultar à grávida o acesso à informação relevante para a formação da sua decisão livre, consciente e responsável” (alínea b) do n.º 4 do artigo 142.º do Código Penal, na nova redacção).

Mas daí não pode inferir-se, sem mais, que a consulta é puramente informativa, no sentido de ficar excluída, ao menos como efeito reflexo, indirecto, ou consequencial, qualquer outra dimensão operativa. Há que atentar, na verdade, que a informação não constitui um fim em si, mas antes um meio para uma tomada de decisão, não só livre, como consciente e responsável.

Se é assim, o que importa é avaliar ou não este desígnio como compaginável ainda com o cumprimento do dever de protecção e, num segundo momento, mas inextrincável do primeiro, ajuizar da suficiência dos mecanismos predispostos, e, em particular, do momento, conteúdo e modo da informação a prestar, para alcançar objectivos que ultrapassem a mera tomada de conhecimento de certos dados.

Com isto, queremos acentuar que uma valorização ajustada ao alcance real do regime concretamente estabelecido não pode ser obtida mediante um simples jogo de contraposição de agrupamentos categoriais, definidos em abstracto e concebidos em relação de mútua exclusão, sem admissão de manifestações gradativamente intermédias. Não é num processo substantivo de integração no grupo dos chamados “sistemas de mera informação” ou no grupo dos “sistemas dissuasores”, por razões de índole predominantemente nominalista, que poderemos fundar uma segura resposta negativa ou positiva de constitucionalidade, dependente que ela está de um critério eminentemente graduável, como é a eficiência dos instrumentos de protecção.

Para isso, é indispensável atender à estruturação objectiva da interacção comunicativa a estabelecer com a grávida e à resultante intelecção, por esta, do seu significado. Ora, pode afirmar-se que o complexo de elementos informativos a disponibilizar à grávida, mana consulta de carácter obrigatório, organizativamente integrada num complexo de trâmites prévios e sucessivos, tem como efeito objectivo a sua consciencialização do valor da vida que transporta em si (ou, pelo menos, resulta ser visto pela própria como uma tentativa nesse sentido).

Esse conjunto de passos a dar, num percurso integrado por um aconselhamento e culminado por um período suspensivo da prática do acto interruptivo da gravidez, destila inelutavelmente um sentido enfatizador da gravidade da decisão a tomar e suficientemente sinalizador da valorização, pelo ordenamento jurídico, do bem da vida. E o encorajamento para uma tomada de decisão que o preserve é implicitamente dado quando se proporciona à grávida o conhecimento de uma série de apoios de que pode beneficiar. Dal que, o não ser a consulta declarada e ostensivamente orientativa não impõe, ipso facto, a sua qualificação como meramente informativa, como despida de qualquer intenção de favorecimento da decisão de prosseguir a gravidez.

Merece destaque, nesta perspectiva de cumprimento do dever de tutela, o disposto na alínea b) do artigo 2.º da Lei n.º 16/2007, segundo o qual a grávida deve ser informada das “condições de



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

27/69  
25

apoio que o Estado pode dar à prossecução da gravidez e à maternidade". Com esta informação, sobretudo em relação às mulheres de mais baixos índices económico e cultural, pode rasgar-se a visibilidade de um horizonte de viabilidade prática de uma opção pela maternidade, mormente nos casos, presumivelmente frequentes, em que ela não é pessoalmente rejeitada, mas apenas tida como de concretização impossível, por falta de condições materiais. Se, na lógica fundante desta solução legal, a tutela da vida deve operar pelo incremento das possibilidades de a grávida adoptar espontaneamente uma conduta que preserve aquele bem, então nada mais adequado do que torná-la ciente, no decurso do processo decisório, dos apoios de que pode beneficiar, se fizer essa opção. Esses apoios serão outras tantas razões a balancear do lado oposto ao da interrupção da gravidez, contrariando o peso das motivações que levaram a mulher a iniciar os procedimentos que a ela conduzem. Informá-la do "apoio que o Estado pode dar à prossecução da gravidez e à maternidade" mais não é, ao fim e ao cabo, do que "abrir-lhe perspectivas de uma vida futura com a criança", na fórmula do direito alemão, tida, pelos requerentes, como expressiva da única solução que traduz "a mínima tentativa de, através da liberdade da mulher (e não contra ela) procurar salvaguardar a vida".

Também não pode ser esquecido o disposto no n.º 4 do artigo 2.º, nos termos do qual "os estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos onde se pratique a interrupção voluntária da gravidez garantem obrigatoriamente às mulheres grávidas que solicitem aquela interrupção o encaminhamento para uma consulta de planeamento familiar". E a necessidade de intervenção neste domínio fica bem à vista, se considerarmos que, em certas faixas populacionais, a interrupção voluntária da gravidez continua a ser usada como método contraceptivo (segundo dados da Direcção-Geral de Saúde, das 17.511 interrupções voluntárias da gravidez registadas em 2008, em 2.659 casos as mulheres declararam já tê-lo feito por mais de quatro vezes).

11.4.16. Levando até ao fim o pensamento inspirador da solução da impunitividade, assente na crença de que só a adesão espontânea da grávida à continuidade da gestação garante minimamente, nesta fase, a tutela da vida intra-uterina, o legislador absteve-se, mesmo a nível comunicacional, de qualquer indicação que pudesse ser por ela sentida como um juízo externo pressionante da sua conduta. Considerou incitação suficiente a informação, em termos objectivos (mas não neutrais, quanto ao resultado), da disponibilidade de apoios vários, permitindo que a grávida forme por si, na posse desses dados e a partir deles, e após um período de reflexão que necessariamente os tem em conta, a sua livre decisão.

Não tinha que ser essa a solução legal. Não se contesta que o legislador, na sua liberdade de conformação, poderia ter utilizado fórmulas verbais de eloquência expressiva quanto à sua adesão à defesa da vida, logo no plano das enunciações normativas. Assim como também poderia ter imposto aos operadores do processo legal de interrupção voluntária da gravidez uma explícita orientação finalística, em moldes idênticos aos do direito alemão, ou, mesmo, predeterminado certos conteúdos interlocutórios de apelo directo à não realização desse acto.

Mas a primeira via, podendo louvar-se da produção de sentido simbolicamente relevante, não goza, só por si, de eficiência garantística, no plano operativo da conformação da vida social.

Quanto à segunda, ela está sujeita a limites evidentes, resultantes da opção de base por uma forma de tutela assente, na fase inicial, na colaboração da grávida. As razões inspiradoras dessa opção vedam interferências demasiado intrusivas no processo decisório desta, muito em particular certas formas agressivas de exploração da emotividade acrescida e da situação de vulnerabilidade psicológica da mulher grávida. Como o próprio pedido expressamente reconhece, «(...) o aconselhamento não poderá, em caso algum, significar a imposição de uma pressão psicológica sobre a mulher, mas apenas esclarecê-la da gravidade da sua decisão e das alternativas possíveis».

É objectivamente fundado que um legislador levado a confiar, também por razões de eficiência, na responsabilidade da grávida, chamando-a a cooperar no cumprimento do dever de protecção que ao Estado compete, não queira depois criar um contexto de decisão muito provavelmente desfavorável a esse desiderato.

Assim como — agora no plano da preservação da dignidade da mulher grávida — a crença no seu sentido de responsabilidade e na sua predisposição a sensibilizar-se pelas razões contrárias à interrupção conjugar-se-iam mal com um tratamento que a minorizasse enquanto sujeito da decisão,





## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

22/64  
25

com uma posição de orientação de cunho paternalista e tutelar. As exigências decorrentes da tutela da dignidade da mulher afirmam-se também no modo como se deve processar a consulta que lhe é imposta.

11.4.17. É de reconhecer que ao legislador se deparou um estreitíssimo canal de navegação, entre as razões e os princípios que nortearam a decisão de excluir, em certos termos, a punibilidade da interrupção voluntária da gravidez, na sua fase inicial, e a margem oposta desenhada pela proibição do défice de tutela. E há que reconhecer, de igual forma, que ele não poderia ter ido muito mais além, na promoção de decisões de prossecução da gravidez, sem exposição séria ao risco de resultados perversos, comprometedores dos objectivos que justificam aquela opção. Não se afigura desrazoável, em tal contexto de política legislativa, a auto-contenção de que ele deu mostras.

Auto-contenção que, de modo algum, pode ser confundida com uma posição de neutralidade ou de indiferença perante a decisão que a grávida venha a tomar. Toda a preocupação revelada na Lei n.º 16/2007, de estruturação de serviços e de imposição de procedimentos na sua utilização, não tem um significado puramente técnico-organizativo, só se compreendendo como expressão de empenho na tutela, para além da saúde da mulher, da vida pré-natal. E não é a omissão de uma expressa vinculação formal dos serviços à consecução dessa finalidade que pode servir de razão bastante para negar a presença dessa intencionalidade de tutela, quando só ela dá objectivamente sentido ao conteúdo de muitas das normas de organização e de procedimento constantes daquele diploma. A eficiência protectora, nos limites em que, nesta fase, ela é expectável, é mais resultado da acção consciencializadora e objectivamente incentivadora de certos trâmites, da dependência procedimental em que, em relação a eles, é colocada a realização da intervenção, do que de processos comunicacionais ostensivamente orientadores que, sem a participação dialógica da grávida (nunca garantida e, porventura, prejudicada por uma opção desse tipo), facilmente se transmutam em formalidades ritualisticamente processadas.

Não se pode, pois, ver na falta de indicação expressa de uma finalidade dissuasora da interrupção da gravidez o preciso défice de regulação que faz com que o regime questionado não atinja o grau de comprometimento com o valor da vida exigível para a satisfação do mínimo de tutela. Tal exigência – só constante, aliás, no quadro europeu, da legislação germânica, com base num entendimento, divergente daquele que é perfilhado por este Tribunal, de que o bem da vida intra-uterina tem um referente pessoal, e porventura explicável por circunstâncias específicas desse ordenamento, ligadas ao processo de reunificação – tal exigência, dizíamos, não representa um penhor seguro de uma maior intensidade de tutela, capaz de traçar, com nitidez, uma linha divisória entre o campo das soluções constitucionalmente conformes e o das que não o são. Está por demonstrar que ela trouxesse um acréscimo de eficiência, não sendo até de excluir o resultado contrário, por uma retracção defensiva da grávida.

E só perante um índice manifesto, incontroversamente significante da necessidade, para cumprimento do imperativo de protecção, de uma emanação expressa da finalidade dissuasora haveria fundamento para um juízo de inconstitucionalidade.

Pois, na verdade, cumpre reconhecer que o julgador não dispõe de um instrumento de mensuração exacta do grau de protecção exigível para o cumprimento, pelo Estado, do correspondente dever. Nem se lhe pode exigir a identificação de um preciso e fixo ponto aritmético, abaixo do qual o veredicto do incumprimento tenha que cair, inexorável. Quando é a observância do imperativo de tutela que está em questão, mais ainda do que em qualquer outra dimensão da constitucionalidade, e em correlação com uma maior liberdade de conformação legislativa (dada a estrutura dos deveres activos de intervenção), a instância de controlo tem que lidar com critérios de evidência, só se justificando uma pronúncia de inconstitucionalidade em caso de manifesto erro de avaliação do legislador.

Esse erro, no entender do Tribunal, não foi cometido, quanto às soluções contestadas, não podendo afirmar-se que as opções legislativas ficaram aquém do que seria exigível para justificar a exclusão da punibilidade.

11.4.18. A emissão de um tal juízo apoia-se também na consciência de que o cumprimento dos deveres de protecção está sujeito a limites fácticos e jurídicos (cfr. ROBERT ALEXY, ob. cit.,



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

23/04  
25

422), sendo ilusório acreditar num ilimitado poder do legislador de intervenção modificativa da realidade. Daí que ao juízo de não inconstitucionalidade se não oponha uma posição de cepticismo quanto à eficácia tuteladora, em termos absolutos, da solução encontrada.

Não dispomos de dados seguros, a nível nacional, quanto os resultados aplicativos da Lei n.º 16/2007, especificamente quanto à taxa de desistência, no período de reflexão – o índice de maior relevo, a este respeito – uma vez que os registos obrigatórios não contemplam esse elemento. Na maternidade Alfredo da Costa, verificou-se, aparentemente, uma curva descendente, pois, enquanto que o Diário de Notícias de 1 de Novembro de 2007 relatava que, das 261 mulheres a participar, desde a entrada em vigor da lei (15 de Julho do mesmo ano), na consulta prévia de interrupção de gravidez, 22 mudaram de ideias durante o período de reflexão – uma percentagem muito superior à verificada noutras unidades de saúde –, na Tribuna Médica Press, de 11 de Fevereiro de 2008, o director daquela maternidade assinalava 4% de desistências – número próximo da estimativa, para fins de planeamento, da Direcção-Geral de Saúde, que apontava para 5% (Relatório dos registos das interrupções da gravidez ao abrigo da Lei n.º 16/2007 de 17 de Abril. Dados referentes ao período de Julho de 2007 a Julho de 2008, Lisboa, Setembro de 2008, 6).

Provando, em todo o caso, que não é nula a eficiência tuteladora do regime legal, estes valores podem ser qualificados como baixos, o que parece justificar a mencionada posição de cepticismo. Mas o juízo de eficiência não pode deixar de ser um juízo relativo, de gradação comparativa das soluções alternativas de disciplina legal. Ora, não se afigura que um aconselhamento segundo o modelo alemão se possa louvar de melhores resultados, a dar crédito a um inquérito realizado pelo Max-Planck Institut, que apresentou uma projecção de 5% de desistências (cfr. JOÃO LOUREIRO, "Aborto: algumas questões jurídico-constitucionais A propósito de uma reforma legislativa", Boletim da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, LXXIV (1998), 327 s., 372).

E, se bem vimos, estes números não surpreendem, pois a procura dos serviços médicos, com vista à interrupção da gravidez, traduz, em regra, um grau de determinação volitiva da gestante dificilmente contrariável pela ordem jurídica. "A esmagadora maioria das mulheres que se decide a abortar está disposta a fazê-lo mesmo que tal não seja admitido pelo sistema jurídico", reconhece até um Autor que se pronuncia pela inconstitucionalidade de qualquer solução de prazos (JOÃO LOUREIRO, *ob. loc. cit.*).

Se tivermos também presente a ineficiência da punição penal, a conclusão a tirar é a de que será sempre reduzida a eficácia preventiva de qualquer das formas de reacção jurídica à interrupção voluntária da gravidez, no quadro da específica disciplina legal desse acto. Mais do que com os limites do direito penal, somos aqui confrontados com os limites do Direito (nesse sentido, GEORG HERMES/SUSANNE WALTHER, "Schwangerschaftsabbruch zwischen Recht und Unrecht: Das zweite Abtreibungsurteil des BVerfG und seine Folgen", NJW 1993, 2337 s., 2341). O mínimo de protecção exigível será sempre, nessa medida, o mínimo possível, dentro desses limites.

Quanto aos limites jurídicos, eles resultam da necessária conciliação do princípio de proibição do défice de tutela com outros princípios eventualmente colidentes, pois o imperativo de protecção não goza de primado absoluto dentro da ordem constitucional. Pelo contrário, tem sido sustentada "a eficácia mais tênue da função de imperativo de tutela, (...) substancialmente mais fraca do que a da função dos direitos fundamentais como proibições de intervenção" (CANARIS, *ob. cit.*, 65). É seguro, pelo menos, que a observância desse imperativo não legitima a invasão incondicionada da esfera protegida dos direitos fundamentais de outros sujeitos (GEORG HERMES/SUSANNE WALTER, *ob. loc. cit.*).

Voltando a acentuar uma ideia-chave, nesta matéria, há que lembrar que o espaço de livre conformação do legislador não está apenas limitado pela proibição de insuficiência, mas também pelo princípio da proporcionalidade, nas suas várias componentes. Sendo assim, as sérias dificuldades (se não, mesmo, impossibilidade) de satisfação cabal do primeiro princípio, quando o seu âmbito de aplicação é (indevidamente) restringido ao processo de decisão do acto de abortar, não deve reverter na lesão do segundo, sob pena de nenhum dos dois ser adequadamente observado...

Mas o reconhecimento dos limites fácticos e jurídicos da tutela através da disciplina legal do acto abortivo e dos trâmites que o antecedem deve ser acompanhado da consciência de que o cumprimento do dever de protecção da vida pré-natal não se realiza apenas nessa sede. Ao Estado



## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

24  
25 69

cabe combater, na sua génese, as "situações de risco" para esse bem, causadas por factores de educação e por condições de vida e de trabalho, através de medidas educativas e de política social favorecedoras de uma concepção responsável e da disponibilidade para a prossecução da gravidez. Quando se trata de valorar globalmente a efectivação, pelo Estado, do mínimo de protecção da vida intra-uterina a que está obrigado, essas medidas devem ser contabilizadas, pois também elas (melhor, sobretudo elas) contribuem para uma redução do número de abortos – o objectivo da imposição daquele dever. E a realista avaliação de que não é de esperar um resultado expressivo, nesse sentido, do regime legal da interrupção voluntária da gravidez só deve conduzir a uma apreciação redobradamente positiva, também nesta perspectiva, de instrumentos preventivos, actantes no domínio da educação sexual e planeamento familiar e de apoio à maternidade e à família, mais distantes, mas mais eficazes.

E medidas desta natureza, recomendadas pelas instâncias europeias, como instrumentos de diminuição do recurso ao aborto – cfr., em particular, a "Resolução do Parlamento Europeu sobre Direitos em Matéria de Saúde Sexual e Reprodutiva", de 2003, já referenciada no Acórdão n.º 617/2006 – têm sido introduzidas, no nosso ordenamento jurídico, por numerosos diplomas.

Para além dos já mencionados nesse aresto, têm uma actuação particularmente significativa, neste campo, o Decreto-Lei n.º 105/2008, de 25 de Junho, que institui medidas sociais de reforço da protecção social na maternidade, paternidade e adopção integradas no subsistema de solidariedade; o Decreto-Lei n.º 245/2008, de 18 de Dezembro (procede à alteração do Decreto-Lei n.º 176/2003, de 2 de Agosto, o qual passou a prever o abono de família pré-natal como forma de protecção nos encargos familiares); o Código do Trabalho, revisto pela Lei n.º 7/2007, de 12 de Fevereiro, o qual contém toda uma subsecção (Subsecção IV da Secção II do Capítulo II – artigos 33.º a 65.º) dedicada à "parentalidade", com disposições tuteladoras dessa situação familiar; o Decreto-Lei n.º 91/2009, de 29 de Abril, que estabelece o regime jurídico de protecção social na parentalidade, no âmbito do sistema previdencial e no subsistema de solidariedade (revoga o Decreto-Lei n.º 105/2008, de 25 de Junho); a Lei n.º 60/2009, de 6 de Agosto, que estabelece o regime de aplicação de educação sexual em meio escolar e o Decreto-Lei n.º 201/2009, de 28 de Agosto, que procede à alteração do Decreto-Lei n.º 176/2003, de 2 de Agosto, o qual passou a prever a bolsa de estudo como forma de protecção nos encargos familiares.

É de concluir que vigora, no nosso sistema, um conjunto diversificado de medidas, em número e com um alcance bastante para que, tendo-as também em conta, se possa sustentar que o Estado português não cruza os braços perante o fenómeno do aborto, antes está activamente empenhado em combatê-lo.

De resto, na nossa história legislativa, a regulação da prática da interrupção voluntária da gravidez, foi associada, desde o início, aquando da implantação do "modelo das indicações", a intervenções com vista à "protecção activa da maternidade". De facto, em 1984, a Assembleia da República não aprovou apenas uma lei sobre interrupção voluntária da gravidez: definiu um complexo de instrumentos legais tendentes a assegurar apoio à maternidade. Visou-se, intencionalmente, a criação de um edifício legislativo composto por várias peças, actantes articuladamente no mesmo sentido, de forma a potenciar a eficácia interventiva do conjunto – cfr. o Relatório de José de Magalhães, cit., 3-4.

Poderá, porventura, alegar-se que, entre nós, as prestações públicas de educação sexual e de apoio à maternidade estão ainda longe de atingir o grau de eficiência já alcançado pelos países mais avançados, neste domínio. Mas não pode esquecer-se que o que está em causa é um mínimo de protecção, não a protecção ideal.

11.4.19. Por todo o exposto, pode concluir-se que as normas dos artigos 1.º – na parte em introduz a alínea e) do n.º 1 e a alínea b) do n.º 4 do artigo 142.º do Código Penal –, 2.º, n.º 2, e 6.º, n.º 2, da Lei n.º 16/2007, de 17 de Abril, não estão feridas de inconstitucionalidade, por violação do artigo 24.º, n.º 1, da Constituição.»



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

25/25 607

Não se descortinam razões para divergir, no que concerne à protecção da vida intra-uterina, da jurisprudência do Tribunal Constitucional fixada nesta passagem do Acórdão n.º 75/2010.

Não obstante, caberá ao legislador ponderar, de forma conscienciosa, os resultados da aplicação da Lei n.º 16/2007, de 17 de Abril, expressos no estudo entregue juntamente com a Petição, e reflectir sobre uma eventual necessidade da sua alteração.

**Face ao exposto, a Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias é de parecer:**

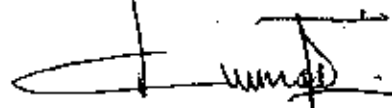
- a) Que o presente parecer deve ser remetido à Comissão de Saúde;
- b) Que deve ser dado conhecimento do presente parecer à primeira subscritora da Petição.

Palácio de S. Bento, 17 de Outubro de 2011

A Deputada Relatora

  
(Andreia Neto)

O Presidente da Comissão

  
(Fernando Negrão)



GRUPO PARLAMENTAR

Anexo X

1/2/11

Exmo. Senhor  
Dr. Hermenegildo Galante  
Chefe de Gabinete do  
Secretário Regional da Presidência  
Palácio da Conceição  
9504-509 PONTA DELGADA

Palácio de S. Bento, 13 de Dezembro de 2011

Assunto: Recepção de Questionário sobre a avaliação da realidade do aborto em Portugal

Acuso a recepção dos documentos relativos ao assunto referenciado em epígrafe, que muito agradeço, em nome da Comissão Parlamentar de Saúde e em meu nome pessoal, enquanto relatora.

Aproveito para dar conta que não constam do documento os dados relativos ao ano de 2009, conforme tive oportunidade de comunicar, através dos serviços, via e-mail.

Deste modo, se entenderem corrigir, acrescentando os mesmos, ou se considerarem que o documento deverá seguir assim mesmo, aguardo apenas uma confirmação por e-mail para a Dra. Rosário Bolinhas ([comissao\\_SA-CSX!!@ar.parlamento.pt](mailto:comissao_SA-CSX!!@ar.parlamento.pt)) ou para o meu próprio ([cbessarua@psd.parlamento.pt](mailto:cbessarua@psd.parlamento.pt)).

Desejando desde já votos de Bom Natal apresento melhores cumprimentos, *Conceição*

A Deputada

Conceição Bessa Ruão

Ano de 2007 (Julho a Dezembro)

2/09  
2

Tipo IVG	Nº Casos IVG realizados		
	Região	Dias Internamento	Custo
Total Geral	45	49	33 031,48 €
AC - Ambulatório Cirurgica	1	-	444,00 €
AI - Amb. Medic + Inter. Cirurgico	15	41	21 231,75 €
AM - Ambulatório Medicamentosa	26	-	8 865,00 €
IM - Internamento Medicamentosa	3	8	2 489,73 €

Fonte: Direcção Regional da Saúde

Ano de 2008

Tipo IVG	Nº Casos IVG realizados		
	Região	Dias Internamento	Custo
Total Geral	115	124	94 989,77 €
AI - Amb. Medic + Inter. Cirurgico	49	115	69 357,05 €
AM - Ambulatório Medicamentosa	62	-	21 147,00 €
II - Inter. Medic. + Inter. Cirurgico	2	5	2 830,90 €
IM - Internamento Medicamentosa	2	4	1 659,82 €

Fonte: Direcção Regional da Saúde

Ano de 2010

Tipo IVG	Nº Casos IVG realizados		
	Região	Dias Internamento	Custo
Total Geral	57	34	33 308,22 €
AI - Amb. Medic + Inter. Cirurgico	11	27	15 569,95 €
AM - Ambulatório Medicamentosa	43	-	14 663,00 €
II - Inter. Medic. + Inter. Cirurgico	1	3	1 415,45 €
IM - Internamento Medicamentosa	2	4	1 659,82 €

Fonte: Direcção Regional da Saúde

10.º – Há alguma evidência que nos Açores continua a haver a prática de IVG ilegalmente?

Não temos dados que consubstanciem resposta

11.º Há alguma evidência que antes da entrada da lei que permitiu a legalização do aborto até às 10 semanas, havia um maior número de abortos do que existe hoje?

Nome e Morada de origem / Data - Date

Nome e Morada / Destinatarie de l'envoi  
Margarida Galante  
de Gabinete Secretário  
geral de Administração  
do Conceição  
4-509 Ponta Delgada

Recomendado - Valor Declarado / Importância - Montant  
Valeur Déclarée  
Colis - Contra Reembolso / Importância - Montant  
Remboursement  
Mandato de Correio / Importância - Montant  
Mandat de Poste

Assinado / Recebido  
Pelo Destinatário / Por pessoa a quem foi entregue  
Par le Destinataire / Par la personne a qui il a été livré

Entregue - Pavis / Pago - Payé

Quem recebeu o objecto / Identification de la personne qui a reçu l'envoi

Assinatura / Signature  
Nome e Morada / Destinatarie de l'envoi  
Ne rien inscrire ci-dessous

Date et signature

Ne rien inscrire ci-dessous



ctt correios

CTT CORREIOS DE PORTUGAL, SA

AVISO DE RECEPÇÃO  
AVIS DE RECEPTION

A.R.

Marca  
qi

RC437604853PT

01-1031392  
2011-12-14 17:10:28

ASSEMB REP(LXA)

1200 LISBOA



RC437604853PT

Devolver a - Renvoyer à

Prioritaire - Par avion

Nome - Morada, País e Código Postal

Dep. Conceição Bessa Ruas  
6P / PSD  
Palácio de S. Bento  
1249-068 LISBOA