



**CATÓLICA**  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

---

**INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ:  
O PROBLEMA DO CONSENTIMENTO DE MENORES DE 16 ANOS**

Aida Antónia Antunes Freitas

Universidade Católica Portuguesa – Porto

Escola de Direito

Mestrado em Direito

Trabalho realizado sob a orientação de:

Professora Doutora Maria da Conceição Ferreira da Cunha

2013



Aida Antónia Antunes Freitas

**INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ:  
O PROBLEMA DO CONSENTIMENTO DE MENORES DE 16 ANOS**

Universidade Católica Portuguesa – Porto

Escola de Direito

Mestrado em Direito

Trabalho realizado sob a orientação de:

Professora Doutora Maria da Conceição Ferreira da Cunha

2013



*Aos meus pais, com todo o meu amor,  
a quem devo tudo aquilo que sou,  
minha eterna gratidão.*

*"Depois de escalar uma grande montanha,  
só se pensa que há muitas outras montanhas para escalar."*

(Da autobiografia "O longo caminho para a liberdade" 1994)

Nelson Mandela

1918-2013

Os meus agradecimentos,

À Senhora Professora Doutora Conceição Cunha, orientadora desta dissertação, pela sua disponibilidade, simpatia, pelos conselhos que sempre me deu, e pelo modo amigo com que sempre me tratou ao longo da feitura deste estudo, minha gratidão pela sua incitação e sua disponibilidade permanente nesta orientação.

À Doutora Lucília Araújo, médica ginecologista e obstetra, pela sua disponibilidade, acolhimento e contacto com a realidade deste tema.

Aos meus pais, que me proporcionaram a oportunidade de realizar mais um dos meus objetivos académicos, pelo seu apoio incondicional, confiança depositada, incentivo e ajuda em mais uma etapa da minha vida.

Ao Hugo, companheiro sempre presente, pelo carinho, compreensão, que sempre teve uma palavra de motivação e acreditou no meu trabalho.

Ao Ricardo, pela disponibilidade, ajuda e paciência em todas as horas.

Aos meus familiares e amigos, pela força, ajuda e pela compreensão das minhas ausências nesta minha caminhada, pois sem eles teria sido uma tarefa ainda mais árdua.

## ABREVIATURAS

Al. – Alínea

Als. - Alíneas

Art. – Artigo

Arts. – Artigos

AA. VV. – Autores vários

CC – Código Civil

CDC – Convenção dos Direitos da Criança

CDFUE – Convenção dos Direitos Fundamentais da União Europeia

CP – Código Penal

CDHB – Convenção Dos Direitos do Homem e da Biomedicina

CDOM – Código Deontológico da Ordem dos Médicos

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CPP – Código do Processo Penal

CRP – Constituição da República Portuguesa

CT – Código do Trabalho

DGS – Direção-Geral de Saúde

DL – Decreto-Lei

ETC – *Et cetera* = e outras coisas mais

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

LAP – *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*

LO – *Ley Organica 2/2010, de 3 de marzo*

LPCJP – Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo

MP – Ministério Público

OTM – Organização Tutelar de Menores

P. – Página

Ss. – Seguintes

Vd. – *Vide* = ver

V.g. – *Verbi grattia* = por exemplo

Vs – *Versus* = contra

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I</b> .....	<b>2</b>
<b>DOS CRIMES CONTRA A VIDA INTRAUTERINA</b> .....	<b>2</b>
SECÇÃO I .....	2
DO ABORTO .....	2
1. BREVE REFERÊNCIA HISTÓRICA .....	2
2. O BEM JURÍDICO .....	2
3. O TIPO OBJETIVO DE ILÍCITO .....	3
4. O TIPO SUBJETIVO .....	5
5. AS FORMAS DE CRIME .....	5
6. ABORTO AGRAVADO (ART. 141º) .....	5
6.1. AGRAVAÇÃO PELO RESULTADO (Nº 1) .....	5
6.2. AGRAVAÇÃO PELA HABITUALIDADE OU PELA INTENÇÃO LUCRATIVA (Nº2) .....	6
SECÇÃO II .....	6
DA INTERRUPTÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ NÃO PUNÍVEL .....	6
1. A EVOLUÇÃO POLÍTICO-CRIMINAL E LEGISLATIVA .....	6
2. OS MODELOS DE IMPUNIBILIDADE .....	8
3. OS FUNDAMENTOS DOGMÁTICOS DA IMPUNIBILIDADE .....	8
4. ELEMENTOS JUSTIFICADORES .....	9
5. AS SINGULARES INDICAÇÕES .....	11
6. A JUSTIFICAÇÃO EM FUNÇÃO DO PRAZO .....	12
7. OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA .....	13
<b>CAPÍTULO II</b> .....	<b>13</b>
<b>DA CAPACIDADE</b> .....	<b>13</b>
1. CAPACIDADE PARA CONSENTIR .....	13
2. TIPOS DE INCAPACIDADE/INCOMPETÊNCIA .....	14
3. ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DA CAPACIDADE PARA CONSENTIR: AS CONCEÇÕES DE AMELUNG E DE GRISSO E APPELBAUM .....	15
4. ESTATUTO JURÍDICO DO MENOR: A PROGRESSIVA AUTONOMIA .....	16
4.1. “MAIORIDADES ESPECIAIS” .....	17
<b>CAPÍTULO III</b> .....	<b>18</b>
<b>CAPACIDADE PARA CONSENTIR NA IVG</b> .....	<b>18</b>
SECÇÃO I .....	18
O PROBLEMA DA IDADE PARA CONSENTIR .....	18
1. A IDADE PARA CONSENTIR: ANTES E DEPOIS DA REVISÃO DO CP EM 2007 .....	18

2.	<i>A SOLUÇÃO LEGAL PORTUGUESA DA FIXAÇÃO DA IDADE</i> .....	19
3.	<i>A IDADE COMO CRITÉRIO LIMITATIVO DA EXCECIONALIDADE: PREFERÊNCIA PELA AVERIGUAÇÃO DA MATURIDADE PARA CONSENTIR</i> .....	20
	<b>SECÇÃO II</b> .....	24
	<b>SUPRIMENTO DA INCAPACIDADE DA MENOR PARA CONSENTIR NA IVG</b> .....	24
1.	<i>A OPÇÃO LEGAL PELAS CLASSES DE REPRESENTANTES DA VONTADE DA MENOR</i> .....	24
2.	<i>POSSÍVEIS SITUAÇÕES DE CONFLITO ENTRE A MENOR E A PESSOA LEGALMENTE AUTORIZADA A CONSENTIR: CRÍTICAS E SUGESTÃO DE SOLUÇÕES</i> .....	28
	<b>SECÇÃO III</b> .....	32
	<b>JUSTIFICAÇÃO DA INTERRUPTÃO SEM CONSENTIMENTO</b> .....	32
	<b>SECÇÃO IV</b> .....	33
	<b>DIREITO COMPARADO</b> .....	33
1.	<i>BÉLGICA E SUÍÇA</i> .....	33
2.	<i>FRANÇA E LUXEMBURGO</i> .....	33
3.	<i>ITÁLIA</i> .....	34
4.	<i>ALEMANHA</i> .....	35
5.	<i>ESPANHA</i> .....	36
6.	<i>HOLANDA</i> .....	37
	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>38</b>
	<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>42</b>
	PUBLICAÇÕES DISPONÍVEIS ON-LINE .....	45
	LEGISLAÇÃO EUROPEIA .....	47
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>49</b>
	ANEXO I – INTERRUPTÕES DA GRAVIDEZ DE MENORES NOS PERÍODOS ENTRE 15 DE JULHO-DEZEMBRO DE 2007 A JANEIRO-DEZEMBRO DE 2012 .....	50
	ANEXO II – CERTIFICADO DE COMPROVAÇÃO DO TEMPO DE GESTAÇÃO .....	52
	ANEXO III – INFORMAÇÃO E ESCLARECIMENTOS PRESTADOS NA CONSULTA PRÉVIA .....	54
	ANEXO IV – CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ.....	56
	ANEXO V – REGISTO DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA DGS – IVG.....	58
	ANEXO VI – OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA.....	60
	ANEXO VII – NOTÍCIA: MENOR NORTE-AMERICANA OBRIGADA A SER MÃE POR “FALTA DE MATURIDADE” PARA ABORTAR .....	62
	ANEXO VIII – ENTREVISTA COM DRª LUCÍLIA ARAÚJO – MÉDICA GINECOLOGISTA E OBSTETRÍCIA .....	66
	ANEXO IX – LEI Nº 16/2007 DE 17 DE ABRIL .....	72
	ANEXO X – PORTARIA Nº 741-A/2007 DE 21 DE JUNHO.....	75

## INTRODUÇÃO

A presente tese de Mestrado centra-se na problemática do consentimento das menores para a Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG)<sup>1</sup>. O nº 5 do art. 142º do CP<sup>2</sup> regula esta matéria, nos termos do qual “*[n]o caso de a mulher grávida ser menor de 16 anos (...), respectiva e sucessivamente, conforme os casos, o consentimento é prestado pelo representante legal, por ascendente ou descendente ou, na sua falta, por quaisquer parentes da linha colateral.*”

A lei prevê a plena capacidade para consentir a partir dos 16 anos e, pelo contrário a total incapacidade relativamente às menores de 16 anos. Esta é uma previsão que não parece adequada, quando o assunto é a disposição do seu corpo e a vida do nascituro.

Não é verdade que atingidos os 16 anos, automaticamente se atinja a capacidade para consentir, o grau de maturidade e a consequente capacidade para consentir varia de caso para caso.

Será o critério cronológico o mais adequado para atribuir ou não capacidade para consentir na IVG? E a averiguação da maturidade para consentir não será importante?

Tendo em conta a extrema pessoalidade deste consentimento, será a opção legal pelas classes de representantes da vontade da menor grávida a mais indicada? A amplitude<sup>3</sup> da norma tutelar os interesses da menor? A vontade da menor é valorada? E se a vontade do consentidor e da grávida colidirem?

A abordagem do tema começará com uma breve explanação dos crimes contra a vida intrauterina<sup>4</sup>; seguidamente é dedicado um capítulo à capacidade para consentir nas intervenções médico-cirúrgicas; posteriormente, partimos para o cerne da questão: onde nos propomos refletir sobre a capacidade para consentir na IVG, onde abordaremos quer a legitimidade do critério legal da idade (16 anos) quer a forma de suprimento dessa incapacidade, que consagra várias classes de representantes da vontade da menor; as situações em que a interrupção da gravidez se encontra justificada sem consentimento;

---

<sup>1</sup> Apesar de se ter vindo a verificar um pequeno decréscimo destas intervenções médicas entre as

<sup>2</sup> Doravante, a referência a uma norma legal sem indicação de origem deve tomar-se como relativa ao CP.

<sup>3</sup> Tendo em conta que podem prestar consentimento para a IVG “*quaisquer parentes da linha colateral*”.

<sup>4</sup> Tendo em conta os limites da dissertação, no nosso estudo não iremos questionar o atual modelo previsto na lei (que parte de uma conjugação dos modelos dos prazos e das indicações), mas apenas cuidaremos do problema do consentimento das menores para a IVG.

e, por fim, reservamos uma última secção para o direito comparado. O nosso excuro termina com um epítome e crítica do que se foi tecendo, onde se apontam algumas sugestões.

Por fim, gostaríamos de acrescentar que a escolha do tema da presente dissertação surgiu aquando da sua abordagem pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Conceição Cunha, nas aulas de Crimes Contra as Pessoas, conjugada com um especial interesse pelas desarmonias de vontades, quando uma dessas partes é um menor, no campo do Direito Médico.

## **CAPÍTULO I**

### **DOS CRIMES CONTRA A VIDA INTRAUTERINA**

#### **SECÇÃO I**

#### **DO ABORTO**

##### **1. BREVE REFERÊNCIA HISTÓRICA**

Na primeira versão do CP o aborto constava de três normas diferentes: art. 139º (atual nº 1 do art. 140º); art. 140º (atual nº 2 e 3 do art. 140º, mas continha a “ocultação da desonra” como causa de atenuação de pena, que em 1995 foi eliminada vindo a ser integrada nas regras gerais de atenuação da pena) e art. 141º (atual art. 141º). Contudo, em 1984 uma nova sistematização foi levada a cabo, sendo incluído num só artigo com 6 números (art. 139º).

Desde a entrada em vigor do CP que a redação e o conteúdo deste tipo legal, permanece inalterado no seu núcleo essencial<sup>5</sup>.

##### **2. O BEM JURÍDICO**

O bem jurídico protegido é a vida intrauterina. Trata-se de um bem jurídico autónomo, não confundível com o bem jurídico vida (para efeitos de crimes contra a

---

<sup>5</sup> Cf. CUNHA, D. (2012), p. 221-222.

vida)<sup>6</sup>, justificando um regime diferente de proteção relativamente ao que está previsto nos tipos legais homicídio.

Este bem jurídico tem como objeto o feto/embrião<sup>7</sup> implantado no útero da mulher. A tutela penal só se verifica a partir desse momento, com a nidação<sup>8</sup>, por um lado, por razões político-criminais e de praticabilidade, quanto à prova e à certeza da existência de vida intrauterina, por outro lado atendendo à consciencialização da mulher da gravidez. O aborto, conduta que elimina o feto pode ocorrer desde o momento da nidação até ao ato de nascimento<sup>9</sup>.

Para além da vida intrauterina está também em causa a integridade física da grávida, traduzindo-se a interrupção da gravidez numa atuação sobre o seu corpo; porém, neste tipo legal de crime há uma descrição suficientemente abrangente, que envolve as lesões provocadas na grávida resultantes dos meios normais de abortar. Existem outros interesses da grávida como a expectativa de maternidade, afetada pela conduta que põe fim à gestação, e a liberdade pessoal, lesada pela falta de oportunidade de escolha do destino da vida do feto (no caso de aborto realizado sem o consentimento da grávida)<sup>10</sup>.

### **3. O TIPO OBJETIVO DE ILÍCITO**

Nas palavras de MACAÍSTA MALHEIROS, o aborto é *“uma interrupção artificial da gravidez e tende a provocar a morte do produto da concepção. (...) [P]rovoocar aborto é interromper o processo fisiológico da gestação (...)”*<sup>11</sup>.

A ação que corresponde a este tipo de crime consiste em fazer abortar, que se traduz ou na expulsão prematura do feto do ventre materno, ou na sua eliminação. É fundamental que a morte do feto se verifique, para que o tipo legal se preencha – crime de resultado.

---

<sup>6</sup> O crime de aborto só pode ser cometido até ao início do parto, a partir desse momento constitui um homicídio. No art. 136º está previsto o infanticídio, crime que pode ser cometido durante o parto (Cf. PEREIRA, R. (1995), p. 27).

<sup>7</sup> Usaremos a expressão “feto” ou “embrião” com a mesma conotação.

<sup>8</sup> Só a partir do momento em que o zigoto nidifica no útero da mulher é que se pode falar de gravidez, e de vida humana com segurança; o que pode demorar até 13 dias depois da fecundação, embora a nidificação só em metade dos casos de fecundação se produza (Cf. CUNHA, M. (1995), p. 364).

<sup>9</sup> Cf. CUNHA, D. (2012), p. 223-226.

<sup>10</sup> Cf. SILVA (2011), p. 196.

<sup>11</sup> MALHEIROS (2008), p. 124.

A forma pela qual se provoca a morte do feto é irrelevante (intervenção direta ou indireta)<sup>12</sup> – crime de forma livre, exigindo-se apenas a demonstração do nexo causal entre os meios empregues e o resultado.

Este crime consagra três modalidades de aborto (art. 140º), com graus de gravidade distintos: aborto consentido (nº 2), aborto passivo (nº 1) e aborto ativo (nº 3).

Na primeira modalidade, o aborto é provocado com o consentimento da grávida, e é irrelevante a pessoa que toma a iniciativa<sup>13</sup>. O consentimento é aqui um elemento positivo do tipo, sendo de verificação indispensável para que a conduta seja típica<sup>14</sup>.

Este consentimento não é justificador<sup>15</sup>, mas sim um acordo ou assentimento. De consentimento propriamente dito dificilmente se poderia tratar, tendo em conta o tipo de bens jurídicos que estão em causa; o consentimento referido no art. 142º também está afastado, pois não se trata de um elemento justificador, e não se enquadra em nenhuma indicação prevista, assim como o consentimento do art. 38º, como causa de exclusão da ilicitude, uma vez que o bem jurídico é indisponível, e o consentimento não é conciliável com a cláusula dos bons costumes<sup>16/17</sup>.

O aborto passivo é praticado sem o consentimento da grávida, sendo o consentimento um elemento negativo do tipo.

Esta é a forma mais grave de cometimento do aborto, desde logo porque o desvalor da conduta é maior, e porque são tutelados outros bens jurídicos relativos à grávida (Cf. *Supra*, ponto 2). Razão pela qual a lei prevê quase o triplo da pena prevista para o aborto consentido.

O aborto ativo consiste em dois tipos de atuação: a mulher pode fazer-se abortar a si própria, ou então presta consentimento. O que se incrimina é a conduta da grávida em prestar consentimento para a realização do aborto<sup>18</sup>.

---

<sup>12</sup> Cf. CUNHA, D. (2012), p. 228.

<sup>13</sup> No aborto consentido, têm que intervir sempre duas pessoas: a grávida e o abortador – pressupõe a denominada participação necessária (Cf. ALMEIDA (1964), p. 67).

<sup>14</sup> Cf. SILVA (2011), p. 197.

<sup>15</sup> Em sentido oposto, MAIA GONÇALVES (2007), defende para a eficácia do consentimento, a aplicação das regras previstas no art. 142º e do art. 38º (Cf. p. 552).

<sup>16</sup> Cf. CUNHA, D. (2012), p. 230.

<sup>17</sup> Neste sentido *Vd.* ANDRADE (1991), p. 507 ss. e 561.

<sup>18</sup> Cf. SILVA (2011), p. 199-200.

#### **4. O TIPO SUBJETIVO**

O crime de aborto só pode ser cometido dolosamente, bastando o dolo eventual. O dolo tem também que se referir ao resultado – morte do feto.

O erro sobre qualquer um dos elementos exclui o dolo<sup>19</sup>.

#### **5. AS FORMAS DE CRIME**

Sendo o aborto um crime de resultado, admite a tentativa, podendo o agente, com vista a causar o aborto, praticar atos de execução e o resultado não ser atingido. De acordo com as regras do art. 23º o aborto passivo é punido (pena de prisão superior a 3 anos). Casos de tentativa impossível também são possíveis, aplicando-se as regras gerais previstas no art. 23º/3<sup>20</sup>.

Em sede de participação aplicam-se as regras gerais, é quase exclusivamente punida como autora a grávida. É possível que um terceiro seja cúmplice, e também para um mesmo facto numa mesma pessoa são possíveis diversas formas de participação.

Tendo em conta a pessoalidade do bem jurídico, a pluralidade de abortos corresponde à pluralidade de crimes. O aborto sem consentimento comporta os crimes contra a integridade física e contra a liberdade, aplicando-se as regras gerais para esta forma de concurso de crimes (ou seja, a punição pelo aborto já abrange as ofensas simples e a lesão da liberdade)<sup>21</sup>.

#### **6. ABORTO AGRAVADO (ART. 141º)**

##### **6.1. AGRAVAÇÃO PELO RESULTADO (Nº 1)**

O objetivo do preceito é agravar a punição do aborto, quando do aborto resulte lesão da vida ou da integridade física da grávida. Trata-se de um crime preterintencional, resultado da combinação de um crime fundamental doloso (art. 140º/1

---

<sup>19</sup> Cf. CUNHA, D. (2012), p. 231.

<sup>20</sup> Cf. SILVA (2011), p. 200-201.

<sup>21</sup> Cf. CUNHA, D. (2012), p. 234.

e 2) e um evento agravante (morte ou ofensa à integridade física graves), que deve ser imputado a título de negligência (art. 18º).

A consumação do aborto (com ou sem consentimento) é pressuposto fundamental para a realização deste tipo legal, caso contrário estará em causa uma tentativa do crime agravado.

A pena é aplicável a terceiro “que a fizer abortar”, não sendo aplicável à grávida<sup>22</sup>.

## **6.2. AGRAVAÇÃO PELA HABITUALIDADE OU PELA INTENÇÃO LUCRATIVA (Nº2)**

Relacionadas com a atuação do agente estão mais duas circunstâncias agravantes: a habitualidade e a intenção lucrativa.

A primeira, refere-se aos agentes que praticam o aborto. Nenhuma referência é feita quanto ao número de infrações que o agente tenha de cometer, porém devem ser várias atuações próximas.

Quanto à segunda, geralmente está associada à primeira, no entanto, a reiteração não é requisito para que a pena seja agravada.

A finalidade de ambas as agravações prende-se com o combate ao aborto clandestino<sup>23</sup>.

## **SECÇÃO II**

### **DA INTERRUÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ NÃO PUNÍVEL**

#### **1. A EVOLUÇÃO POLÍTICO-CRIMINAL E LEGISLATIVA**

O CP de 1982 não previa qualquer disposição sobre a interrupção médica da gravidez, sendo punido como aborto toda a IVG.

A situação só se alterou com a Lei 6/84 de 11 de maio, que veio dar nova redação aos arts. 139º a 141º, introduzindo a “exclusão da ilicitude do aborto” praticado com consentimento da grávida, por um médico sob determinadas indicações (nº 1 art.

---

<sup>22</sup> Cf. *Ibidem.*, p. 236-237.

<sup>23</sup> Cf. SILVA (2011), p. 206.

140º): terapêutica (als. *a*) e *b*)), embriopática ou fetopática (al. *c*)) e criminal (al. *d*)). A indicação social ou em situação de necessidade não foi reconhecida<sup>24</sup>.

Com a revisão do CP pelo DL nº 48/95 de março, a Lei 6/84 viria a ser revogada, sendo eliminada a incriminação do aborto como crime contra a integridade física da mulher e passando o aborto a estar previsto no art. 140º. O art. 142º (anterior 140º) adotou a epígrafe “Interrupção da gravidez não punível”, correspondendo ao nº 1 da anterior versão do art. 140º, apenas com a substituição da expressão “aborto” pela de “interrupção voluntária da gravidez”, e da expressão “violação” pela mais abrangente – “crime contra a liberdade e autodeterminação sexual”<sup>25</sup>.

A Lei 90/97 de 30 de julho no seu art. 1º alterou os prazos de exclusão da ilicitude de 16 para 24 semanas em caso de interrupção por indicação de lesão do nascituro, no caso dos fetos inviáveis pode ser feita a todo o tempo e de 12 para 16 semanas no caso de indicação criminal; no art. 2º encarregou o Governo de tomar todas as providências para a boa execução da legislação relativa à IVG, quer organizativas quer regulamentares, de forma a que o exercício do direito de objeção de consciência dos profissionais de saúde não inviabilize o cumprimento dos prazos legais<sup>26</sup>.

Em 1998 realizou-se um referendo, no qual se questionavam os eleitores se concordavam com a legalização da IVG até às 10 semanas de gestação, efetuada por opção da mulher em estabelecimento de saúde legalmente autorizado. Mas como a abstenção foi de 68%, o referendo ficou sem efeitos jurídicos. Perante uma maioria escassa dos votos contra, entendeu-se que não seria politicamente conveniente dar continuidade a um Projeto de lei no sentido da despenalização.

Mas esta problemática não sossegou, e um novo referendo foi realizado em 2007 e, desta vez, o resultado foi maioritariamente positivo<sup>27</sup>. Consequentemente, a Assembleia da República acolheu a vontade da maioria com a Lei 16/2007 de 17 de abril, conjuntamente com a Portaria 741-A/2007 de 21 de junho<sup>28</sup>, reformulou o art. 142º e revogou expressamente a Lei 6/84 e a Lei 90/97. Acrescentando às indicações anteriores (nº 1) uma nova alínea – al. *e*), cuja substância era idêntica à pergunta referendada: a IVG não é punível quando “*for realizada, por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas de gravidez*”, sendo o consentimento prestado pela grávida ou a seu rogo e

---

<sup>24</sup> Cf. DIAS, JORGE (2012), p. 243-244.

<sup>25</sup> Cf. BRITO, D. (2007), p. 29.

<sup>26</sup> Cf. DIAS, JORGE (2012), p. 245.

<sup>27</sup> Cf. GONÇALVES, M. (2007), p. 550.

<sup>28</sup> Doravante, a referência à Portaria 741-A/2007 sem indicação do seu número deve tomar-se como relativa à referida Portaria.

*“entregue no estabelecimento de saúde até ao momento da intervenção e sempre após um período de reflexão não inferior a três dias (...)” (al. b) n° 4)<sup>29</sup>.*

## **2. OS MODELOS DE IMPUNIBILIDADE**

Até à revisão legislativa de 2007, o sistema de impunibilidade da IVG seguia o modelo das indicações, isto é, a interrupção só podia ser praticada em circunstâncias excepcionais, cuja prova e fundamentação era indispensável. Este modelo reconheceu que em certas circunstâncias, a gravidez não tem de ser suportada quando comparada com outros interesses, considerando-se o sacrifício da vida intrauterina justificado. Existe um conflito de deveres, ou de razões, que podem sustentar um estado de necessidade<sup>30</sup>.

Após 2007, o regime penal português parte de uma conjugação dos modelos dos prazos – segundo a qual a IVG dentro de certo(s) prazo(s) por opção da grávida é jurídico-penalmente admissível<sup>31</sup>, não sendo necessário aferir as razões pelas quais se procede à interrupção<sup>32/33</sup> – e das indicações.

## **3. OS FUNDAMENTOS DOGMÁTICOS DA IMPUNIBILIDADE**

Na versão de 1982, o art. 140º considerava que a verificação de uma das indicações de interrupção previstas conduziria à exclusão da ilicitude do aborto<sup>34</sup>, apesar de no corpo do artigo se referir que naquelas condições “não é punível o aborto efetuado”. Já a redação da epígrafe do art. 142º do CP de 1995 optou pela “interrupção da gravidez não punível”<sup>35</sup>. Não terá sido intenção desta alteração da epígrafe afastar a consideração das indicações como causa de justificação – de exclusão da ilicitude – mas tão só fazer coincidir a expressão da epígrafe com a usada no corpo da norma<sup>36</sup>.

---

<sup>29</sup> Cf. DIAS, JORGE e BRANDÃO (2012), p. 247.

<sup>30</sup> Cf. SILVA (2011), p. 209-210.

<sup>31</sup> Cf. DIAS, JORGE (2012), p. 248.

<sup>32</sup> SILVA (2011), p. 209.

<sup>33</sup> Este modelo tem sido questionado quanto à sua constitucionalidade, nomeadamente face ao art. 24º da CRP (mas este é um ponto que não nos cabe abordar no presente trabalho).

<sup>34</sup> Redação dada à epígrafe do referido artigo.

<sup>35</sup> Epígrafe que continua a constar no direito vigente.

<sup>36</sup> Cf. DIAS, JORGE (2012), p. 260.

Para a maioria dos autores são verdadeiras causas de justificação, pois está em causa uma ideia de ponderação de interesses, uma vez que em todas as causas de justificação há “razões” para a defesa de certos valores legalmente consagrados, aceitando-se como conduta lícita a realização da interrupção<sup>37/38</sup>.

#### 4. ELEMENTOS JUSTIFICADORES

Desde logo, a interrupção, para ser justificada, tem de ser “*efectuada pelo médico ou sob a sua direcção*” (art. 142º/1 1ª parte). Esta exigência visa proteger o interesse da grávida, afastando qualquer pessoa não capacitada de realizar esta intervenção, assegurando a sua qualidade.

O segundo pressuposto exige que a interrupção tenha de ter ser praticada “*em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido*” (2ª parte do art.). Também aqui se pretende proteger o interesse da grávida, garantido um serviço de qualidade e responsabilização. O Estado também tem interesse em que este tipo de intervenções tenha lugar em instituições que mereçam a sua confiança, quer a nível dos serviços quer a nível do pessoal que o pratica<sup>39</sup>.

Exige-se ainda que antes da intervenção, por verificação de uma das indicações (als. a) a d) nº 1 do art.)<sup>40</sup>, haja um processo formal de justificação, certificando a existência das circunstâncias que dão suporte aquela intervenção, constando de atestado médico, que justifique e comprove os motivos para a interrupção, assinado pelo médico que a realizará e por outro diferente (nº 2 do art.)<sup>41</sup>. No caso da IVG em função do prazo (al. e)), exige-se a “*comprovação de que a gravidez não excede as 10 semanas*” (nº 3 do art. e art. 17º da Portaria)<sup>42</sup>, submetendo a grávida, com uma antecedência mínima de 3 dias, a uma “primeira consulta”.

---

<sup>37</sup> Cf. SILVA (2011), p. 215.

<sup>38</sup> Neste sentido *Vd.* ALBUQUERQUE (2008), p. 379 e 382; BRITO, D. (2007), p. 163-165; BRITO, T. (2007), p. 441-441; DIAS, JORGE (2012), p. 260-264; DIAS, JORGE e BRANDÃO (2012), p. 267-268; MOURA (2007), p. 132; PEREIRA, R. (1995), p. 105; SILVA (2011), p. 214-216. Diferentemente CONCEIÇÃO CUNHA (1995), entende que apenas se poderá falar sem margem para dúvidas, de causa exclusão da ilicitude na indicação terapêutica, pois a solução mais correta seria a indicação fetopática e criminal serem causas de exclusão da culpa. No entanto, por razões práticas (ponderação entre vantagens/desvantagens de intervenção penal) admite ainda que sejam causas de exclusão da ilicitude (Cf. p. 402).

<sup>39</sup> Cf. DIAS, JORGE e BRANDÃO (2012), p. 268-269.

<sup>40</sup> Para a indicação fetopática (al.c)), é exigida uma comissão técnica de certificação composta pelo menos por 3 médicos (Cf. art. 20º da Portaria).

<sup>41</sup> Cf. SILVA (2011), p. 228.

<sup>42</sup> Ver Anexo II.

A inobservância destes formalismos acarreta a inexistência de justificação e consequente punição por crime de aborto (art. 140º/2 e 3).

Outro elemento de justificação é o consentimento, tendo a interrupção da gravidez de ser voluntária. Este consentimento (art. 142º/1 3ª parte) distingue-se do consentimento do art. 38º que, de acordo com o art. 31º/2 al. *d*), é uma causa autónoma de exclusão da ilicitude, desde logo, porque este consentimento não se reporta apenas à lesão de um interesse próprio da grávida, mas também da vida do nascituro; porém, a teoria e a regulamentação legal gerais do consentimento como causa de justificação autónoma deve valer para muitos efeitos, tal como no que se refere à expressão da vontade séria, livre e esclarecida da grávida<sup>43</sup>.

Tendo em conta o resultado da prestação deste consentimento (morte do nascituro), é exigido um procedimento diferente do da regra geral (art. 38º/2 1ª parte), que consagra a liberdade de forma, não sendo necessário que dependa da existência de quaisquer formalismos, bastando que exista e seja manifestado<sup>44</sup>, de forma oral, escrita ou gestual. No caso especial da IVG, a lei faz depender a sua eficácia da formalização por escrito do consentimento (art. 48º/2 CDOM e art. 142º/4 al. *a*) e *b*)); a omissão de tal procedimento, salvo caso de urgência, conduz à inexistência de justificação e à consequente ilicitude da interrupção<sup>45</sup>.

Este tipo de desvios legais ao princípio da liberdade de forma é justificado pela preocupação do legislador em garantir maior ponderação e reflexão sobre o ato a praticar, protegendo as partes contra a sua própria precipitação<sup>46</sup>.

A comprovação da duração da gravidez também é elemento de verificação obrigatória. Esta verificação do decurso do prazo faz-se de acordo com as *leges artis*, nomeadamente ecograficamente<sup>47</sup>, ou por outro meio adequado, de forma a uniformizar o procedimento de contagem (art. 142º/7).

O conhecimento dos pressupostos de que depende a justificação é fundamental, caso contrário, o agente é, à partida punido pelo crime de aborto<sup>48</sup>.

---

<sup>43</sup> Cf. DIAS, JORGE e BRANDÃO (2012), p. 270-272.

<sup>44</sup> Cf. DIAS, JORGE (2007), p. 487.

<sup>45</sup> Cf. DIAS, JORGE e BRANDÃO (2012), p. 277.

<sup>46</sup> Cf. FARIA (1995), p. 255.

<sup>47</sup> Cf. ALBUQUERQUE (2008), p. 381.

<sup>48</sup> Cf. DIAS, JORGE e BRANDÃO (2011), p. 280 e 295-296.

## 5. AS SINGULARES INDICAÇÕES

A primeira indicação prevista no art. 142º corresponde à indicação médico-terapêutica. Nos termos da al. *a*) (indicação médica em sentido estrito), a interrupção tem de constituir o único meio de remover o perigo de morte, ou de grave e irreversível (requisitos cumulativos) lesão para o corpo ou a saúde da grávida<sup>49</sup>. Esse perigo tem de ser atual e não potencial, ou seja, ele deve estar instalado no momento da intervenção. A sua interrupção pode ser praticada em qualquer momento da gravidez<sup>50</sup>.

Na al. *b*) a indicação tem a mesma natureza, mas a sua essência é preventiva (indicação médica em sentido amplo), o perigo ainda não existe, e a interrupção visa prevenir a sua verificação. Este perigo é dirigido à vida, ou à integridade física ou psíquica da grávida; estão em causa lesões que podem desenvolver-se devido à gravidez. O perigo iminente é de doença ou lesão grave e duradoura (requisitos cumulativos). É fundamental que a interrupção da gravidez seja meio apto a remover o perigo, e tem de ser realizada nas primeiras 12 semanas de gravidez<sup>51</sup>.

Na al. *c*) está prevista a indicação fetopática, sendo necessário que haja uma previsão de que o nascituro virá a sofrer de uma doença ou malformação congénita, de forma grave e incurável, deixando-lhe poucas hipóteses de sobrevivência, ou que lhe cause graves e irreversíveis danos físicos ou psíquicos. Esta intervenção tem de ser praticada dentro das primeiras 24 semanas, salvo as situações de fetos inviáveis, em que a interrupção pode ser realizada a todo o tempo.

A indicação criminal (al. *d*)) está prevista para gravidezes provocadas por ato sexual ofensivo da liberdade ou autodeterminação da mulher. É inexigível neste caso a manutenção da gravidez, pois a imposição de uma gravidez ou maternidade indesejada pode acarretar riscos para a saúde psíquica da mulher, e para a estabilidade das suas relações familiares. É necessário que existam sérios indícios de que a mulher foi vítima de crime sexual, e que deste resultou a gravidez, não sendo exigida a “participação criminal”. Esta interrupção deverá ser realizada até às 16 semanas de gravidez<sup>52</sup>.

---

<sup>49</sup> Cf. ALBUQUERQUE (2008), p. 380.

<sup>50</sup> Cf. DIAS, JORGE e BRANDÃO (2012), p. 281-282.

<sup>51</sup> Cf. SILVA (2011), p. 218.

<sup>52</sup> Cf. DIAS, JORGE e BRANDÃO (2012), p. 284-290.

## 6. A JUSTIFICAÇÃO EM FUNÇÃO DO PRAZO

A IVG não é punível quando “*for realizada, por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas de gravidez*” (al. *e*) nº 1 do art. 142º).

Além da verificação dos requisitos gerais elencados<sup>53</sup>, só o cumprimento do procedimento legalmente definido permite excluir a ilicitude.

Comunicado o propósito de interromper a gravidez, a grávida deve ser sempre encaminhada para a “primeira consulta”, que se destina a facultar a informação relevante<sup>54</sup> para que a sua decisão seja livre, consciente e responsável (nº 4 al. *b*) do art.). Esta consulta deverá realizar-se num prazo não superior a 5 dias sobre a manifestação da vontade de interromper a gravidez (art. 16º/2 da Portaria)<sup>55</sup>.

Se a vontade de interromper a gravidez se mantiver, deverá interceder um período de reflexão entre a consulta e a IVG, não inferior a 3 dias; durante esse tempo, se a grávida pretender, pode beneficiar de apoio psicológico e assistência social (art. 2º/3 da Lei 16/2007).

Decorrido o período de reflexão, a grávida, ou a pessoa legalmente autorizada a consentir, caso seja uma menor, deve entregar no estabelecimento de saúde o documento que manifesta o seu consentimento (nº 4 al. *b*) e nº 5 do art. 142º)<sup>56/57</sup>.

Nos 15 dias subsequentes à interrupção, a mulher poderá beneficiar, se quiser, da marcação de uma consulta de saúde reprodutiva e de planeamento familiar (art. 19º/3 al. *b*) da Portaria)<sup>58</sup>, visando incutir na mulher uma vivência sexual que diminua gravidezes indesejadas e a conseqüente IVG<sup>59</sup>.

---

<sup>53</sup> Cf. *Supra*, ponto 4.

<sup>54</sup> Cf. art. 2º/2 da Lei 16/2007 e art. 16º/3 da Portaria, que especificam os pontos sobre os quais a consulta deve versar. Essas informações podem ser comunicadas verbalmente podendo ser acompanhadas por escrito (art. 16º/4 da Portaria) (Ver Anexo III). Cremos, com FIGUEIREDO DIAS e NUNO BRANDÃO (2012), que a comunicação oral beneficiará a tomada de uma decisão livre e responsável, permitindo adaptar a consulta ao grau de maturidade da grávida, bem como esclarecê-la das questões que mais dúvidas ou angústias lhe suscitam (Cf. p. 292).

<sup>55</sup> O sistema português utilizou um modelo combinado de prazos e indicações com aconselhamento obrigatório, contudo existem dois tipos de “aconselhamento”: com simples informação (onde nos inserimos) e o orientado para a defesa da vida pré-natal (caso da Alemanha), onde caso a IVG não se enquadre nas indicações previstas, a grávida terá de participar num diálogo, que é dirigido à proteção da vida pré-natal. Parece-nos que este último modelo protege de forma mais adequada a vida intrauterina, tornando a grávida mais conscienciosa da vida que em si transporta (Cf. LOUREIRO (1998), p. 362-372).

<sup>56</sup> Ver Anexo IV.

<sup>57</sup> Todas as IVG realizadas por qualquer um dos motivos previstos no nº 1 do art. 142º, são de declaração obrigatória à DGS (Cf. art. 8º da Portaria) (Ver Anexo V).

<sup>58</sup> A realização desta consulta já não constitui pressuposto da exclusão da ilicitude.

<sup>59</sup> Cf. DIAS, JORGE e BRANDÃO (2012), p. 290-293.

## 7. OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA

Todos os profissionais de saúde podem exercer o direito à objeção de consciência quanto à IVG<sup>60</sup>; para isso devem apresentar um documento<sup>61</sup> assinado, nos respectivos estabelecimentos de saúde onde exerçam atividade, ficando dessa forma afastados de todo o processo relacionado com a IVG, desde a primeira consulta ao acompanhamento, até à realização da interrupção (art. 6º Lei 16/2007)<sup>62</sup>.

Tendo em conta a diferente natureza dos motivos da IVG, é dada a possibilidade da objeção dizer apenas respeito a algumas das situações do art. 142º/1 (art. 12º/2 al. *b*) da Portaria), exigindo apenas dos serviços de saúde, uma organização por forma a garantir que o número de objetores de um estabelecimento, não inviabilize este tipo de intervenções (art. 12º/4 da Portaria)<sup>63</sup>.

## CAPÍTULO II

### DA CAPACIDADE

#### 1. CAPACIDADE PARA CONSENTIR

O dever de obter o consentimento informado do paciente é um dever fundamental na relação médico-paciente, fundado no respeito pela integridade física e pela autodeterminação, e isso mantém-se mesmo quando esse paciente é um menor<sup>64</sup>.

Para que o consentimento se apresente como um ato de autorrealização, antes de mais é necessário que quem deva consentir tenha capacidade para o fazer.

A capacidade será, segundo uma perspectiva médica, *“aquele estado psicológico empírico em que podemos afirmar que a decisão tomada por um sujeito é expressão real da sua própria identidade individual isto é da sua autonomia moral pessoal”*<sup>65</sup>.

DIAS PEREIRA defende que a capacidade para consentir deve ser autonomizada da capacidade negocial da lei Civil, pois não faz sentido trabalhar em Direito Médico

---

<sup>60</sup> É um direito jurídico-constitucionalmente assegurado pelo art. 41º/6 CRP.

<sup>61</sup> Ver Anexo VI.

<sup>62</sup> Cf. SILVA (2011), p. 224.

<sup>63</sup> Cf. DIAS, JORGE e BRANDÃO (2012), p. 293-294.

<sup>64</sup> Cf. MARTINS (2004a), p. 828.

<sup>65</sup> SIMÓN LORDA (1997), p. 120 *apud* RODRIGUES, JOÃO (2001), p. 200.

com conceitos vocacionados para os negócios jurídicos patrimoniais. Na verdade, o que os distingue é a elevada natureza pessoal, que caracteriza o consentimento<sup>66</sup>.

Uma pessoa será capaz quando tenha a faculdade de dispor, autonomamente, dos seus interesses, diretamente ou por intermédio de outra pessoa, reconhecendo a ordem jurídica o estatuto jurídico de agir. Por outro lado, a pessoa será incapaz quando não possa atuar autónoma e pessoalmente, sendo necessário para suprir essa incapacidade recorrer à representação legal ou assistência<sup>67</sup>.

A capacidade para consentir tem a função de separar a autodeterminação da assistência, pois, como refere KUHLMANN, os *“objectos do consentimento como a honra, a saúde e a vida são, no seu fundamento, de uma qualidade diferente, relativamente às declarações de vontade referentes a direitos patrimoniais.”* Aqueles afetam o próprio direito geral de personalidade e no caso de necessidade de representação devem pautar-se pela autodeterminação e não pela heterodeterminação<sup>68</sup>.

Estamos com FIGUEIREDO DIAS, quando refere que para consentir é necessário *“garantir que quem consente é capaz de avaliar o significado do consentimento e o sentido da ação típica; o que supõe a maturidade que é conferida em princípio por uma certa idade e discernimento (...)”*<sup>69</sup>.

## 2. TIPOS DE INCAPACIDADE/INCOMPETÊNCIA

Para JOÃO DIAS importa distinguir dois tipos de incapacidades: incapacidade de facto, que pode ser pontual (v.g., ferido ou doente em estado de inconsciência), mas pode também ser duradoura, intermitente ou não (v.g., doente mental que atingiu a maioridade mas não foi requerida a interdição ou inabilitação) e incapacidade jurídica (v.g., menores, interditos por anomalia psíquica) e aqui o representante legal deve ser informado e o seu consentimento obtido. Porém, nos casos em que o incapaz consiga compreender o porquê, significado e consequências da intervenção, ele deve ser informado e prestar o seu consentimento<sup>70</sup>.

Já DIAS PEREIRA prefere distinguir entre incompetência absoluta ou relativa. No primeiro caso incluem-se as pessoas inconscientes, com graves doenças mentais e

---

<sup>66</sup> Cf. PEREIRA, A. (2004), p. 148.

<sup>67</sup> Cf. PINTO, CARLOS (2005), p. 195.

<sup>68</sup> KUHLMANN (1994), p.19-20 *apud* PEREIRA, A. (2006), p. 200.

<sup>69</sup> DIAS, JORGE (2007), p. 483-484.

<sup>70</sup> Cf. DIAS, JOÃO (1996), p. 286.

crianças muito novas e nestes casos o paciente não pode consentir; no segundo caso estão as pessoas com perturbações causadas por doenças mentais, exaustão, dor, cansaço, medicação, etc, e incluem-se as crianças mais velhas e os adolescentes, devendo o médico decidir se o paciente está em condições de prestar ou não o consentimento<sup>71</sup>.

### **3. ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DA CAPACIDADE PARA CONSENTIR: AS CONCEÇÕES DE AMELUNG E DE GRISSO E APPELBAUM<sup>72</sup>**

A concretização dogmática do conceito de capacidade para consentir fundamenta-se na medida do reconhecimento de um conteúdo substantivo próprio para este instituto.

Na doutrina alemã AMELUNG é um dos autores que mais tem defendido a construção autónoma e estruturada do instituto da capacidade. Para este autor, uma pessoa declarada incapaz para consentir não deve poder decidir sozinha numa ingerência dos seus bens jurídicos, vendo dessa forma limitada a sua capacidade de autodeterminação. Mas a ordem jurídica só nega essa disposição dos bens jurídicos quando entende que isso não vai ser feito de forma racional e sem danos. De acordo com este autor o conceito de capacidade para consentir estrutura-se em quatro momentos: *“a capacidade de decidir sobre valores, a capacidade para compreender os factos, a capacidade para compreender as alternativas e a capacidade para se autodeterminar com base na informação obtida.”* Faltando um destes elementos a pessoa deve ser considerada incapaz de consentir. O autor idealiza a capacidade para consentir como a capacidade de tomar uma decisão racional, apresentando o consentidor um grande sistema de valores e de inteligência, aspetos esses que faltam aos menores.

Também na doutrina norte-americana autores como GRISSO e APPELBAUM têm contribuído para a edificação de um conceito de capacidade para consentir. Identificando como critérios orientadores: *“em primeiro lugar, a incapacidade jurídica (para consentir) está relacionada, mas não equivale, a estados de perturbação mental (...) Em segundo lugar, a incapacidade refere-se a défices funcionais: (a) défices ao nível da compreensão da informação que foi revelada (...), (b) défices na apreciação da*

---

<sup>71</sup> Cf. PEREIRA, A. (2006), p. 221.

<sup>72</sup> Baseámo-nos nos ensinamentos de DIAS PEREIRA (2006), Cf. p. 208-214 e 217-218.

*informação em função das circunstâncias pessoais; (c) défices na reflexão sobre a informação; (d) e défices relativos à capacidade de exprimir uma escolha.”*

Para estes autores, a capacidade para consentir pode variar, pois o que antes parecia ser um estado duradouro de incapacidade, hoje, para a psiquiatria, a capacidade para consentir varia muito. Exige-se, assim, do direito uma adaptação a esta realidade, sendo fundamental a ideia de que a opinião do incapaz deve ser tomada em consideração. Portanto, na averiguação da capacidade para consentir devemos ter em conta a situação concreta, avaliar e fundamentar essa (in)capacidade.

Todas estas concepções põem a tónica na necessidade de existirem capacidades intelectuais, volitivas e emocionais de forma a permitir a tomada de uma decisão que deve ser conforme a uma estrutura de valores que a pessoa assumiu para si.

#### **4. ESTATUTO JURÍDICO DO MENOR: A PROGRESSIVA AUTONOMIA**

A menoridade corresponde a um estado normal e progressivo que conduz à plena capacidade de agir; a vulnerabilidade e dependência do menor exige da ordem jurídica um estatuto especial, que garanta o seu desenvolvimento e proteção.

O nosso CC no art. 122º escolheu os 18 anos de idade como a passagem legal da menoridade para a maioridade, abaixo desse limite etário o menor é incapaz de agir autonomamente e pessoalmente (art. 123º CC), sendo o poder paternal e subsidiariamente a tutela meios aptos de suprimento dessa incapacidade (art. 124º, 1878º e 1921º CC).

Não quer dizer que o estatuto da menoridade deva ser visto como uma incapacidade em bloco, mas antes, nas palavras de GERALDO RIBEIRO, “*como uma incapacidade regressiva*” que se afasta à medida que o menor é capaz de se autodeterminar<sup>73</sup>.

Com o desenvolvimento do menor surge uma certa capacidade de assumir certas “doses” de liberdade, autonomia e responsabilidade, e para isso é necessário assegurar o seu pleno desenvolvimento<sup>74</sup>.

ALMIRO RODRIGUES defende que “*o respeito pelo interesse do menor passa necessariamente pela definição de um direito do menor em que sejam considerados os*

---

<sup>73</sup> Cf. RIBEIRO (2010), p. 106 e 111.

<sup>74</sup> Cf. MOREIRA (2001), p. 161.

*diferentes estádios do seu desenvolvimento e as consequentes capacidades de que vai dispondo (...)*<sup>75</sup>”

Os menores deixaram de ser vistos como meros sujeitos passivos objeto de decisões de terceiros, e passaram a ser perspetivados como verdadeiros sujeitos de direitos, dotados de uma progressiva autonomia, maturidade e desenvolvimento das suas capacidades<sup>76</sup>.

#### **4.1. “MAIORIDADES ESPECIAIS”**

Sendo os menores titulares de direitos fundamentais é exigido ao regime jus-civilístico a garantia e a criação de condições para que cada menor desde cedo possa, como refere DIAS PEREIRA, *“ir escrevendo a sua biografia.”*

Assim sendo, a passagem para a maioridade não é súbita e momentânea para todos os efeitos legais, e a ordem jurídica vai reconhecendo capacidade ao menor, conferindo-lhe direito a ser ouvido, dar opinião ou agir autonomamente.

Podemos encontrar várias normas que admitem plena capacidade de decisão aos menores<sup>77</sup>, a que GUILHERME DE OLIVEIRA denominou de “maioridades especiais”<sup>78</sup>. Trata-se de *“exceções ao princípio geral da incapacidade dos menores, reconhecendo-lhes, nessas situações, autonomia para exercer o direito ou dever”*<sup>79</sup>.

---

<sup>75</sup> Cf. RODRIGUES, ALMIRO (1985), p. 20.

<sup>76</sup> Cf. MARTINS (2004b), p. 69.

<sup>77</sup> Nomeadamente no art. 127º, 263º, 488º/2, 1266º, 1289º/2, 1649º, 1806º, 1850º, 1878º/2, 1901º/3, 1931º/2, 1981º/1 a) e 1984º a) do CC; no art. 10º, 11 al. c), 84º/1 e 98º/3 da Lei nº 147/99 de 1 de setembro (LPCJP); no art. 175 da OTM; art. 12 CDC; art. 68º/3 CT; art. 5º/1 da Lei nº3/84 de 24 de março; art. 5º/3 da Lei nº 36/98 de 24 de julho; art. 5º/2 da Portaria nº 52/85 de 26 de janeiro; na Lei nº 46/2004 de 19 de agosto e Lei nº 22/2007 de 29 de junho pois não prescrevem qualquer noção autónoma de menor incompetente para consentir, consagrando apenas garantias de participação, audição, e informação, aliada a um direito de veto (Cf. RIBEIRO (2010), p. 114-118).

<sup>78</sup> Cf. PEREIRA, A (2004), p. 305-306.

<sup>79</sup> SANTOS (2009), p. 131.

## CAPÍTULO III

### CAPACIDADE PARA CONSENTIR NA IVG

#### SECÇÃO I

#### O PROBLEMA DA IDADE PARA CONSENTIR

##### 1. A IDADE PARA CONSENTIR: ANTES E DEPOIS DA REVISÃO DO CP EM 2007

Muitas dúvidas se levantaram a propósito da redação anterior à revisão de 2007 quanto à discrepância de idades entre o art. 38º/3 (14 anos) e o art. 142º (16 anos).

Na versão anterior a 2007 a intenção do legislador terá sido, eventualmente, conferir coerência às idades: idade a partir da qual se considera existir alguma autodeterminação sexual (cf. arts. 171º e ss.)<sup>80</sup> e idade para, em geral, consentir (art. 38º).

Esta discrepância quanto ao limite etário entre o regime especial e o regime geral permitia que uma mulher de 14 ou de 15 anos pudesse consentir numa ofensa ao seu corpo, numa intervenção médica, numa ofensa à sua liberdade pessoal, numa ofensa à sua honra ou à reserva da vida privada, mas já não o pudesse fazer quanto à interrupção da gravidez abrangida por uma das indicações do nº 1<sup>81</sup>.

Para resolver esta incongruência, o legislador, com a Lei nº 59/2007, de 4 de setembro, elevou a idade do consentimento da parte geral para 16 anos. Na exposição de motivos da Proposta de Lei nº 98/X as razões assentaram na necessidade de uma tutela mais intensa dos menores, baseando-se fundamentalmente no alargamento de alguns crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual de menores<sup>82</sup>.

Para FERNANDO SILVA a incoerência da idade para consentir, permitia que a partir dos 14 anos a menor fosse capaz de prestar o seu consentimento para que lhe

---

<sup>80</sup> Cf. RODRIGUES, JOÃO (2001), p. 105.

<sup>81</sup> Cf. DIAS, JORGE e BRANDÃO (2012), p. 274-275.

<sup>82</sup> Cf. RIBEIRO, (2010) p. 125.

fosse infligida uma ofensa na integridade física, assim como assumir a sua determinação sexual, mas não para prestar consentimento para a IVG<sup>83</sup>.

Na mesma linha ANDRÉ TEIXEIRA DOS SANTOS assume que “*seria estranho reconhecer capacidade para dispor do próprio corpo mas já impedir que uma jovem de catorze anos aborte impedindo-a (...) de gozar desse direito. Ainda mais quando as relações sexuais entre uma menor de catorze anos e um adulto não são punidas penalmente quando este último não se tenha aproveitado da inexperiência da primeira*”<sup>84</sup>.

## 2. A SOLUÇÃO LEGAL PORTUGUESA DA FIXAÇÃO DA IDADE

A capacidade para consentir numa IVG é concedida à mulher psiquicamente capaz de idade igual ou superior a 16 anos (art. 142º/5, *a contrario*)<sup>85</sup>.

Ao privilegiar-se a certeza e a segurança jurídica com a fixação de uma idade para consentir, não se atende à competência concreta da menor abaixo desse limite etário.

As presunções legais apenas permitem, de acordo com GERALDO RIBEIRO “*a emancipação legal abstrata da esfera pessoal da criança*”, podendo ocorrer situações em que o menor não tenha competência para ser informado e consinta<sup>86</sup>.

A interrupção da gravidez é uma decisão de extrema pessoalidade para a grávida, que além de envolver a sua integridade física envolve a vida do nascituro, não podendo ser regulada apenas pelo critério da idade. Exigia-se da parte do legislador maior sensibilidade, de forma a permitir que menores com idade inferior a 16 anos, mas com o discernimento suficiente para entender os efeitos, os riscos, implicações, etc, pudessem ter alguma voz decisória.

Também para FIGUEIREDO DIAS e NUNO BRANDÃO a fixação da idade nos 16 anos para consentir é injustificada, pois não se vislumbra razão válida “*para a total desconsideração do texto legal pela vontade da própria grávida, naquela faixa etária em que seja já fundadamente de esperar que a jovem detenha o discernimento*”

---

<sup>83</sup> Cf. SILVA (2011), p. 225.

<sup>84</sup> SANTOS (2009), p. 141.

<sup>85</sup> Para FIGUEIREDO DIAS e NUNO BRANDÃO (2012), daqui parece decorrer não ter sido intenção da lei penal remeter para as normas de direito civil em matéria de incapacidades (art. 122º CC), pois não se trata de capacidade de exercício de direitos jurídico-privados (Cf. p. 272-273).

<sup>86</sup> Cf. RIBEIRO (2010), p. 124.

*necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento à IVG, designadamente nas idades de 14 e 15 anos*<sup>87</sup>.”

É claro que a fixação de uma idade mínima para consentir tem a virtualidade de transmitir um elevado grau de segurança para os profissionais de saúde<sup>88</sup>, mas não podemos deixar nas mãos deste critério tão estanque a decisão de a menor ter ou não de interromper a gravidez.

DIAS PEREIRA entende que a fixação de uma idade para consentir não tutela da forma mais adequada os interesses dos menores, e sugere um critério da idade indicativa para a prática de atos médico-cirúrgicos. Este autor propõe que a idade constitua uma “*presunção de capacidade*”, e abaixo dessa idade presume-se que o menor é incapaz, embora, no caso concreto, o possamos considerar capaz, quando este possua o “*discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento no momento em que o presta*”<sup>89</sup>.”

Creemos que o mesmo critério poderia ser aplicado na IVG, pois só desta forma se respeitarão os direitos da menor à autodeterminação e ao desenvolvimento da personalidade, consagrados no art. 26º CRP.

Nas palavras de ALMIRO RODRIGUES: “*o direito ao desenvolvimento realiza-se na plenitude de vivência de cada estágio do desenvolvimento*”<sup>90</sup>.” A não ser assim poderá dizer-se, com BOULDING, que estamos perante um «“*agismo*” como se diz “*sexismo*” ou “*racismo*”, para significar a hostilidade que atinge um grupo, apenas quando só a idade é tida em consideração»<sup>91</sup>.

### **3. A IDADE COMO CRITÉRIO LIMITATIVO DA EXCECIONALIDADE: PREFERÊNCIA PELA AVERIGUAÇÃO DA MATURIDADE PARA CONSENTIR**

De acordo com o Parecer do Conselho Consultivo da Procuradoria Geral da República nº 33/82 “*a maturidade não surge instantaneamente no momento em que se*

---

<sup>87</sup> DIAS, JORGE e BRANDÃO (2012), p. 274.

<sup>88</sup> Cf. RIBEIRO (2010), p. 126.

<sup>89</sup> Cf. PEREIRA, A. (2004), p. 316-317; Em sentido idêntico *Vd.* RODRIGUES, JOÃO (2001), onde se lê 14 anos adaptamos e substituímos por 16 anos (Cf. p. 204-205).

<sup>90</sup> RODRIGUES, ALMIRO (1985), p. 38.

<sup>91</sup> BOULDING (1979), p. 5 *apud Ibidem*.

atinge a maioridade, é algo que vai despertando gradualmente nas diferentes regiões do ser.” Aliás a própria CRP nos arts. 69º e 70º faz a distinção entre crianças e jovens<sup>92</sup>.

Podemos afirmar que até atingir a maioridade o menor vai amadurecendo ou desenvolvendo competências cognitivas, estudadas pela psicologia<sup>93</sup>, que lhe permitem compreender e avaliar situações e decidir ponderadamente, formando-se dessa forma a sua personalidade, autonomizando-se<sup>94</sup>.

Partilhamos do entendimento de GALÁN CORTÉS<sup>95</sup>, pois o critério cronológico não pode ser decisório na averiguação do grau de maturidade de um menor, pois pode colidir com os seus interesses, que devem ser tutelados. É necessária uma análise de cada caso em concreto para determinar se o menor reúne as condições de maturidade suficientes<sup>96</sup>.

Para FRISCH<sup>97</sup>, desde logo tem de se verificar ou provar o que para os adultos em princípio se dá como pressuposto: *«a existência dos suficientes conhecimentos, quadros de valores e modelos de argumentação, isto é, de uma determinada “maturidade”»* e, quando isso bastar para assegurar uma decisão racional, então é reconhecida capacidade de consentimento. Para o autor *“os adolescentes já adquiriram e elaboraram determinados conhecimentos; interiorizaram determinados quadros de valores; possuem a capacidade de pensamento e ponderação diferenciadas.”*

O menor só não terá capacidade para consentir quando o seu estado de desenvolvimento não combinar com o típico do seu grupo etário, mas com o grupo etário cujos membros são incapazes de assumir uma decisão, mas já terá capacidade quando detiver capacidades de decisão similares às de um grupo etário ao qual teria de se reconhecer a capacidade de consentimento<sup>98</sup>.

Qualquer fixação de idade não nos parece viável, a idade deverá ser apenas o ponto de partida na averiguação dessa capacidade.

Assim não entende PAULA FARIA, defendendo que a fixação da idade para consentir nos atos médicos pretende servir a ideia de certeza e segurança jurídica, além disso, se os limites etários fossem demasiado baixos isso poderia potenciar *“consentimentos irrefletidos ou apressados”*. Contudo, a autora reconhece que existirão

---

<sup>92</sup> Cf. MEDEIROS (2005), p. 419.

<sup>93</sup> Cf. v.g., os estudos de JEAN PIAGET.

<sup>94</sup> Cf. SANTOS (2009), p. 144.

<sup>95</sup> O autor refere-se em geral às intervenções médico-cirúrgicas.

<sup>96</sup> Cf. GALÁN CORTÉS (2001), p. 92.

<sup>97</sup> O autor refere-se em geral às intervenções médico-cirúrgicas.

<sup>98</sup> Cf. FRISCH (2004), p. 94-95.

casos de menores com idade inferior, aqueles que se encontrem próximos da idade adulta, que poderão ter essa capacidade de avaliação. Mas nesses casos estaremos perante exceções, e não faria sentido estabelecer um limite mais baixo, para que a exceção fosse a verificação da capacidade<sup>99</sup>.

Não podemos concordar plenamente com esta posição. De facto, a capacidade de ponderação e discernimento surge nos menores que estão mais próximos de atingir os 16 anos, mas existem casos de menores com menos de 16 anos que têm capacidade para prestar consentimento. Somos da opinião que também no caso da IVG, a separação entre menores de 16 ou mais anos e as menores com idade inferior restringe a verificação da excecionalidade.

Será que não se deverá reconhecer a uma grávida menor de 16 anos com capacidade de entendimento e de ponderação, isto é, com maturidade suficiente para entender, a capacidade para consentir na IVG? Ou pelo menos ser ouvida e a sua opinião levada em conta? Entendemos que sim.

Esta problemática deveria centrar-se na averiguação dessa maturidade<sup>100</sup>, pois, como refere VAZ RODRIGUES, “*onde exista capacidade de entendimento e de ponderação, deverá igualmente existir uma vontade atendível*”<sup>101</sup>.

Não nos parece razoável a total desconsideração do legislador pelo grau de maturidade que uma menor de 16 anos possa ter<sup>102</sup>, remetendo-a para uma total incapacidade para consentir, e, ao invés, a menores com mais de 16 anos psiquicamente

---

<sup>99</sup> Cf. FARIA (1995), p. 313-314.

<sup>100</sup> Sugeríamos que esta averiguação fosse levada a cabo por uma equipa multidisciplinar, composta pelo médico ou outro profissional de saúde habilitado, assistente social, por um psicólogo ou pedopsiquiatra, profissionais estes cujo papel é de grande importância nesta matéria, permitindo uma avaliação do grau de discernimento, apoio social, compreensão da natureza e implicações desta intervenção, sentido de responsabilidade, capacidade de adaptação, predisposição para a maternidade, receios, medos, etc, e ainda por um membro da Comissão de Ética de determinado estabelecimento de saúde, assegurando que as normas deontológicas e éticas são cumpridas. Admitimos que a exequibilidade desta sugestão seja um pouco duvidosa, mas a atribuição da capacidade para consentir na IVG não pode ser tão linear como estabelece o art. 142º/5.

<sup>101</sup> RODRIGUES, JOÃO (2001), p. 204.

<sup>102</sup> Nos EUA o Supremo Tribunal anulou regulamentos estaduais que exigiam o consentimento dos pais para as menores poderem abortar (casos *Planned Parenthood of Central Missouri versus Fanforth* (1976) e *Bellotti versus Baird* (1979)), pois restringia os direitos fundamentais das menores capazes, e isso seria inconstitucional. Dessa forma vários Estados (Alabama, Kansas, Massachusetts, Nebraska, Carolina do Norte, Ohio e Texas) exigem que a decisão seja notificada aos pais, exceto se a menor for madura e esteja informada suficientemente para tomar a decisão, quando a notificação colide com o melhor interesse da menor, ou a exponha a abuso físico, sexual ou emocional (Cf. PEREIRA, A. (2004), p. 313).

Em Julho de 2013, no condado de Douglas no estado do Nebraska, uma adolescente de 16 anos foi impedida de interromper a gravidez por falta de “*maturidade e informação suficientes*” para tomar essa decisão. O Supremo Tribunal do Nebraska já anunciou que mantinha a decisão do tribunal do condado do Douglas (Ver Anexo VII).

capazes reconhece-lhes total capacidade para consentir, seja qual for a decisão tomada, nem que seja completamente irrefletida.

O que causa mais estranheza é a desvalorização do legislador pela opinião da menor quanto ao seu desejo de prosseguir ou não a gravidez, quando vários preceitos como v.g., o art. 1878º/2 CC, art. 46º/3 CDOM, art. 12º CDC, art. 6º CDHB, art. 24º/1/2ª parte CDFUE e art. 13º/2 do Projeto de Lei nº 788/X privilegiam o direito de participar e opinar dos menores, permitindo que estes possam expressar as suas opiniões nos assuntos que lhe dizem respeito, com a sua visão do mundo, o que, com toda a certeza, é a solução mais conforme ao seu interesse<sup>103</sup>.

Creemos, tal como VAZ RODRIGUES entende para os cuidados de saúde em geral, que, também na IVG, o limite de idade imposto pelo legislador deveria servir, para estabelecer o limite até ao qual a menor, a quem se reconhece maturidade para tanto, poderá associar a sua vontade à decisão do consentidor e a partir da qual poderá em regra, decidir sozinha<sup>104</sup>.

A maioria da doutrina espanhola coloca a tónica na maturidade como o critério decisório para a concessão da capacidade para consentir na IVG. Desde logo LAURENZO COPELLO, apelando à maturidade da menor para prestar o consentimento, advoga que a prestação do seu consentimento não deve estar sujeita nem às regras gerais do direito civil, nem às penas<sup>105</sup>. LEMA AÑON chama a atenção para o facto de, de todas as intervenções que exigem consentimento, esta ser das mais pessoais, não podendo prescindir-se do critério da maturidade da menor para se optar por um critério formalista como é o da idade. Nas suas palavras: “*o que está em jogo não é a extensão do aborto, mas sim a extensão dos direitos e liberdades das menores*” (tradução nossa)<sup>106</sup>. Também para DOLZ LAGO, salvo urgência vital, a menor tem capacidade para prestar o seu consentimento quando tem “*condições suficientes de maturidade para tomar essa decisão*” e nesse caso, “*a vontade do representante legal não se pode impor à vontade da menor nem ir contra ela*” (tradução nossa)<sup>107</sup>. ARROYO ZAPATERO advoga que desde que a menor tenha maturidade suficiente para entender os riscos e a natureza da

---

<sup>103</sup> Cf. MARTINS (2013), p. 310.

<sup>104</sup> Cf. RODRIGUES, JOÃO (2001), p. 204-205.

<sup>105</sup> Cf. LAURENZO COPELLO (1997), *apud* LEMA AÑON (2002), p. 36 disponível em: <http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F232234.pdf&ei=8rJmUumhLZKN7AbWwoDYDw&usq=AFQjCNGhgV4JybSdktmIHQ&sig2=jVOOGyZpFAvdH0B8T7In9w> acedido a 7 de julho de 2013.

<sup>106</sup> *Ibidem.*, p. 35.

<sup>107</sup> DOLZ LAGO (1996), p. 548.

interrupção da gravidez o consentimento da “*menor madura*” é suficiente; ao invés, se da análise médica se concluir por uma valoração negativa da maturidade (“*menor incapaz*”), o seu consentimento é inválido e ineficaz<sup>108</sup>.

## SECÇÃO II

### SUPRIMENTO DA INCAPACIDADE DA MENOR PARA CONSENTIR NA IVG

#### 1. A OPÇÃO LEGAL PELAS CLASSES DE REPRESENTANTES DA VONTADE DA MENOR

Existem três tipos de consentimento que podem ser prestados para a prática da IVG: o consentimento expreso, que é a regra, em que é a própria gestante a conceder autorização escrita (por si ou a seu rogo), até 3 dias antes da intervenção (nº 4 al. *a*) do art. 142º); o consentimento substituído, no caso das incapazes e das menores, previsto para situações em que o consentimento da gestante não é eficaz, sendo prestado sucessivamente: pelo representante legal, por ascendente ou descendente ou por qualquer parente na linha colateral (nº 5) e, por fim, o consentimento pode ser dispensado, previsto para os casos de urgência e na falta de quem, nos termos do número anterior, possa prestar, em sua substituição, o consentimento (nº 6)<sup>109</sup>.

A intenção do legislador parece ter sido, através do consentimento substituído, (embora como refere FIGUEIREDO DIAS e NUNO BRANDÃO de “*forma deficiente*”), consagrar classes de representantes da vontade da grávida.

O critério que escolheu tem claramente carácter jurídico-penal, devido à sua semelhança, *v.g.*, com as normas de suprimento em matéria de titularidade do direito de queixa ou acusação particular (arts. 33º e 117º) ou ainda de constituição de assistente (art. 68º/1 als. *c*) e *d*) do CPP). As categorias legais indicadas para suprimento da incapacidade devem ser interpretadas de acordo com o direito civil<sup>110</sup>.

---

<sup>108</sup> Cf. ARROYO ZAPATERO (1987), p. 14-15 disponível em: [http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fportal.uclm.es%2Fportal%2Fpage%2Fportal%2FIDP%2FRevista%2520Naranja%2520%28Documentos%29%2FSeccion%252011%2Flos%2520menores%2520de%2520edad%2520y%2520los%2520incapaces.pdf&ei=LbNnUt\\_uFoed7gbqk4DwBA&usq=AFQjCNGE4pHCyQVna7vMatODG7DzNOyMTw&sig2=rStp2DxQ-IOrl\\_uqF-4-Og](http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fportal.uclm.es%2Fportal%2Fpage%2Fportal%2FIDP%2FRevista%2520Naranja%2520%28Documentos%29%2FSeccion%252011%2Flos%2520menores%2520de%2520edad%2520y%2520los%2520incapaces.pdf&ei=LbNnUt_uFoed7gbqk4DwBA&usq=AFQjCNGE4pHCyQVna7vMatODG7DzNOyMTw&sig2=rStp2DxQ-IOrl_uqF-4-Og) acessado a 7 de julho de 2013.

<sup>109</sup> Cf. LEAL-HENRIQUES e SIMAS (2000), p. 223.

<sup>110</sup> Cf. DIAS, JORGE e BRANDÃO (2012), p. 273.

Mas será que esta largueza da lei<sup>111</sup> na determinação das classes de pessoas que podem consentir na IVG tutela o melhor interesse da menor grávida?

Segundo DIAS PEREIRA *“consentir numa intervenção médica é um ato pessoalíssimo, que tutela bens jurídicos da mais elevada dignidade axiológica e constitucional: integridade física e moral da pessoa humana (art. 25º da Constituição da República) e a autodeterminação nos cuidados de saúde. Bens jurídicos esses que constituem uma expressão clara do princípio da dignidade humana<sup>112</sup>.”*

Nos atos médicos a “capacidade para decidir” é de grande importância, pois em causa estão bens jurídicos pessoais, denominados de “direitos pessoalíssimos”. ANDRÉ TEIXEIRA DOS SANTOS refere que *“estes direitos são por natureza inalienáveis, irrenunciáveis e indissociáveis da pessoa, pelo que as decisões que incidam sobre eles não são susceptíveis de ser delegadas em outrem<sup>113</sup>.”*

A ideia de que são os pais e a família que melhor conhecem os menores e que sabem o que é melhor para eles ainda está bem vincada na sociedade; todavia isto deve ser conjugado com o direito à autodeterminação, uma vez que estamos a falar do corpo e saúde do menor<sup>114</sup>.

No caso em particular da IVG, a opção pelo “mecanismo de decisão substituída”, atribuindo a decisão a uma sucessão de pessoas tão ampla, independentemente de conviverem ou de estarem ou não próximos da grávida<sup>115</sup>, é alvo de críticas.

Partilhamos da mesma indignação de FIGUEIREDO DIAS e NUNO BRANDÃO pelo total alheamento da lei pela ligação entre o consentimento e a vontade da grávida menor de 16 anos, para atribuí-lo a pessoas independentemente da ligação íntima e profunda que tenham com a vontade presumível e interesses da grávida<sup>116</sup>.

Contra esta desconsideração da vontade da menor também se insurge JOSÉ RUI DA COSTA PINTO afirmando que: *“[f]acilmente se cai na conta da iniquidade desta determinação pois, em decisão de tão grande importância, põe-se totalmente de parte a vontade da mãe, mesmo e sobretudo quando esta, embora menor é capaz de*

---

<sup>111</sup> Tendo em conta que *“quaisquer parentes da linha colateral”*, podem consentir até um colateral em 6º grau, conforme o art. 1582º CC.

<sup>112</sup> PEREIRA, A. (2006), p. 201-202.

<sup>113</sup> SANTOS (2009), p. 145.

<sup>114</sup> Cf. AMORIM (2011), p. 119.

<sup>115</sup> Cf. RODRIGUES, JOÃO (2001), p. 106.

<sup>116</sup> Cf. DIAS, JORGE e BRANDÃO (2012), p. 275.

*entendimento e de manifestação da vontade. Não lhe resta outra alternativa senão ver-se reduzida a objecto de decisão alheia!*<sup>117</sup>”

A menor fica completamente à mercê das decisões subjetivas das pessoas com quem ela pode não ter qualquer convivência, ficando nas mãos daquelas, decisões tão complexas como da sua liberdade física e a vida do feto.

Apesar de todas as classes de representantes da vontade da grávida previstas pelo legislador, o pai é alheio a esta decisão.

Por si só, nos casos da grávida com mais de 16 anos, atribuir este poder exclusivamente à mãe, sem ouvir o pai, é nas palavras de CLARA SOTTOMAYOR “*uma solução incongruente com a possibilidade de perfilhação de um nascituro (art. 1855º CC) e com o princípio de direito da família que exige que as decisões de particular importância relativamente ao menor sejam tomadas por acordo de ambos os pais*”<sup>118</sup>.” Além disso, se o critério para conceder a capacidade para consentir na IVG são 16 anos, no caso de o pai da criança ter mais de 16 anos não deveria ser pelo menos ouvido quanto à IVG? Cremos que sim, pois em muitos casos está numa relação de maior proximidade com a menor, a menos que seja agente de crime contra a liberdade sexual da grávida<sup>119</sup>.

Creemos, com FIGUEIREDO DIAS e NUNO BRANDÃO, que se impõe uma futura intervenção legislativa de forma a evitar a “*monstruosidade*” de o pai do nascituro não ter uma palavra a dizer sobre a interrupção “*mas já ter, e decisiva v.g., um primo da mulher em 6º grau!*”<sup>120</sup>.

Pela leitura do preceito podemos apreender que a lei apenas chama o pai a pronunciar-se se ele for o representante legal da menor, o que é absurdo. Caso a gravidez tenha resultado de crime contra a autodeterminação sexual, praticado contra menor de 16 anos pelo seu representante, este não deve ser convocado a prestar o consentimento para que se proceda ao aborto, sendo certo que a prática do crime pode sempre conduzir à inibição do exercício do poder paternal e afastá-lo do processo de decisão<sup>121</sup>. Mas, antes da inibição ser decretada, a lei é omissa sobre a inidoneidade para prestação do consentimento do potencial representante que tenha praticado crime contra

---

<sup>117</sup> PINTO, JOSÉ (1996), p. 398.

<sup>118</sup> SOTTOMAYOR (1998), p. 112.

<sup>119</sup> Pensemos v.g., no caso de uma relação de namoro estável e em que ambos planejaram e decidiram ter um filho.

<sup>120</sup> DIAS, JORGE e BRANDÃO (2012), p. 276.

<sup>121</sup> Cf. SILVA (2011), p. 226.

a liberdade e autodeterminação da menor (ou haja suspeitas sérias de tal facto) e daí tenha resultado a gravidez e justifica a IVG ao abrigo da al. d) nº 1 do art.142º.

Porém, segundo uma interpretação conforme o princípio geral da proibição do abuso de direito e pela não inviabilização da aplicabilidade da al. d) em prejuízo da gestante, o representante agressor (ou relativamente ao qual haja indícios sérios de agressão) não deve intervir no processo de IVG<sup>122</sup>, dando cumprimento ao art. 69º CRP que estabelece a proteção dos menores contra as formas de exercício abusivo de autoridade na família.

PAULO PINTO DE ALBUQUERQUE refere que, além do representante, não tem legitimidade para dar o consentimento para o aborto qualquer ascendente, descendente ou parente na linha colateral que tenha praticado um daqueles crimes e foi isso mesmo que ficou claro na comissão de revisão do CP de 1989-1991<sup>123</sup>.

Na previsão das classes de pessoas que podem suprir a incapacidade da menor de 16 anos, causa-nos alguma perplexidade quando a lei aponta o “descendente”, na verdade esta referência só se poderá reportar às mulheres psiquicamente incapazes. Tendo em conta que a menor tem menos de 16 anos e, por esse motivo, é considerada incapaz de consentir, um suposto descendente da menor grávida teria ainda menos idade!

Como refere DIAS PEREIRA o CDOM<sup>124</sup> parece proteger *«de forma mais adequada os direitos fundamentais à integridade física e moral, à autodeterminação nos cuidados de saúde e ao desenvolvimento da personalidade, previstos na CRP, do que o CP, posterga todos estes interesses constitucionais a favor de uma possível autorização de abortar, ou vice-versa, provinda de qualquer “parente na linha colateral” (...).»*<sup>125</sup>.

Julgamos que melhor que falar em consentimento seria falar em acompanhamento da menor nesta decisão; além de estarmos perante uma decisão de extrema pessoalidade, só dessa forma se tutelarão melhor os seus interesses, uma coisa é chamar v.g., os pais da menor ao processo de tomada de decisão, outra é chamá-los a decidir por ela, deixando ao seu critério respeitar ou não a vontade da menor. De acordo

---

<sup>122</sup> Cf. DIAS, JORGE e BRANDÃO (2012), p. 274.

<sup>123</sup> Cf. ALBUQUERQUE (2008), p. 381.

<sup>124</sup> Cf. art. 46º/3 e 6 e 48º/3 (note-se que no CDOM o leque de pessoas que podem consentir é bastante mais restrito).

<sup>125</sup> PEREIRA, A. (2004), p. 312.

com PAULA FARIA, embora não se referindo especificamente ao caso da IVG<sup>126</sup>, só dessa forma se “*estará possivelmente mais em consonância com os princípios fundamentais de um ordenamento jurídico que tem por princípios básicos a autodeterminação da pessoa humana e a defesa da sua integridade física (...)*”<sup>127</sup>.

## **2. POSSÍVEIS SITUAÇÕES DE CONFLITO ENTRE A MENOR E A PESSOA LEGALMENTE AUTORIZADA A CONSENTIR: CRÍTICAS E SUGESTÃO DE SOLUÇÕES**

Várias são as situações da vida em que a vontade da menor grávida poderá colidir com a da pessoa que integra uma das diversas categorias legais previstas na lei para suprir a incapacidade da menor para consentir na IVG.

A lei não esclarece desde logo se o consentimento a que se refere é apenas para a interrupção ou se será também para a continuação da gravidez da menor. De acordo com a doutrina majoritária a interpretação vai nestes dois sentidos. Esta interpretação levanta desde logo algumas questões: na hipótese da menor não pretender abortar e *v.g.*, os pais darem o seu consentimento, será que a menor é obrigada a fazê-lo? E caso a menor queira interromper justificadamente a sua gravidez *v.g.*, porque corre perigo de vida ou porque foi vítima de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual e os pais se oponham? Ou mesmo se ela quer interromper a gravidez dentro das 10 semanas porque se sente impreparada para ser mãe? E se, pelo contrário, o prosseguimento da gravidez acarretar risco de vida ou para a saúde da grávida e esta se opõe à interrupção?

Impunha-se pela mesma lei, até ao limite do possível, uma investigação da sua vontade, real ou presumida, quer para consentir quer para não consentir na interrupção<sup>128</sup>.

Caso a menor tenha capacidade de discernimento suficiente e não queira interromper a gravidez mas o consentidor opte pela interrupção, entendemos com DIAS PEREIRA e GERALDO RIBEIRO, que a menor deveria gozar de direito de veto<sup>129</sup>, enquanto

---

<sup>126</sup> A autora refere-se à impossibilidade de substituição da vontade do incapaz, por outra qualquer declaração de vontade, para consentir num transplante de órgãos.

<sup>127</sup> FARIA (1995), p. 335.

<sup>128</sup> Cf. DIAS, JORGE e BRANDÃO (2012), p. 275.

<sup>129</sup> O direito de veto é o direito de impedir uma intervenção em que o representante tenha consentido. Ao contrário das disposições patrimoniais, nas intervenções médicas é difícil se não impossível repor o *status quo ante*, motivo pelo qual é dada a possibilidade ao incapaz de vetar certas intervenções. As exigências para exercer este direito são inferiores às da capacidade para consentir, caso contrário não teria qualquer aplicação (Cf. PEREIRA, A. (2004), p. 331-332).

afirmação do direito à autodeterminação sobre a sua integridade física (art. 25º CRP) e de respeito pelo direito à vida do nascituro (art. 24º CRP), direitos, liberdades e garantias dotado de eficácia direta (art. 18º/2 CRP). Tendo em conta a vontade da menor impõe-se um dever de respeitar essa vontade e não realizar a interrupção<sup>130</sup>.

Parece-nos de extrema violência quer física quer psicológica impor a uma jovem madura que queira assumir a maternidade uma interrupção da gravidez e, mais grave ainda, quando essa pessoa, que atua em sua representação, pode ser um primo!

De acordo com FERNANDO SILVA: “o consentimento pode funcionar para justificar a prática do facto típico, mas já não pode sustentar a obrigação de ser cometido um ilícito contra a vontade da mulher grávida, ainda que jovem”<sup>131/132</sup>.

No caso inverso, a menor quer interromper a gravidez na perspectiva da solução do prazo e o consentidor opõe-se, devemos atender à situação em concreto: capacidade de discernimento da menor, enquadramento familiar (v.g., estabilidade familiar, se os pais a apoiam na continuação da gravidez, se estão dispostos a ajudar posteriormente com a criança, etc), condições económicas, entre outros. Se da análise do caso concreto concluirmos ser possível continuar a gravidez, podemos ser tentados a dizer que não vemos razão para a menor interromper a gravidez e a sua continuação deveria ocorrer. Por outro lado, temos de assumir que talvez seja incoerente reconhecer capacidade à menor com discernimento suficiente para vetar a decisão de interromper a gravidez contra a sua vontade e, neste caso, tendo ela maturidade suficiente, o mesmo direito ser recusado.

Caso a interrupção tenha finalidade terapêutica e a menor não queira interromper a gravidez, mas o consentidor não concorde, partilhando do entendimento de vários autores espanhóis, a interrupção deverá ser imposta à menor mesmo contra a sua vontade, se a continuação da gravidez puser em perigo a sua saúde e vida<sup>133</sup>.

---

<sup>130</sup> Cf. RIBEIRO (2010), p. 133.

<sup>131</sup> SILVA (2011), p. 226.

<sup>132</sup> Existe alguma sensibilidade dos médicos para esta possível colisão de vontades entre as partes, assumindo que nunca aceitariam interromper a gravidez de uma menor contra a sua vontade (Ver entrevista no Anexo VIII, resposta à questão 10.2).

<sup>133</sup> Cf. AA. VV. (2006), p. 89 disponível em: [http://books.google.pt/books?id=ptqNKAfDBYIC&pg=PA85&lpg=PA85&dq=menores+embarazadas+y+aborto;+quien+decide?+dolz+lago&source=bl&ots=yNJ-8cXyyK&sig=KSDpFcBamfXNYRDctLUGIyivV8U&hl=pt-PT&sa=X&ei=T\\_3jUdatPNLX7Ab86IDgDQ&ved=0CC0Q6AEwAA#v=onepage&q=menores%20embarazadas%20y%20aborto%20quien%20decide%20dolz%20lago&f=false](http://books.google.pt/books?id=ptqNKAfDBYIC&pg=PA85&lpg=PA85&dq=menores+embarazadas+y+aborto;+quien+decide?+dolz+lago&source=bl&ots=yNJ-8cXyyK&sig=KSDpFcBamfXNYRDctLUGIyivV8U&hl=pt-PT&sa=X&ei=T_3jUdatPNLX7Ab86IDgDQ&ved=0CC0Q6AEwAA#v=onepage&q=menores%20embarazadas%20y%20aborto%20quien%20decide%20dolz%20lago&f=false) acessado em 7 de julho.

Na mesma linha encontra-se LUIS ARROYO ZAPATERO, pois uma vez que se trata de “*uma intervenção curativa, imprescindível para salvaguardar os bens fundamentais da menor*” (tradução nossa), o médico deve requerer o consentimento da pessoa legalmente autorizada a consentir<sup>134</sup>.

Embora se possa reconhecer capacidade de discernimento suficiente da menor para consentir, a sua autonomia deve ser restringida de forma a proteger a sua vida ou saúde. O médico pode rejeitar a sua decisão uma vez que é contrária aos seus interesses e, nesse caso, a interrupção deve superar as desvantagens da continuação da gravidez e relevar o suficiente para se sobrepor à vontade da grávida, necessitando o médico do consentimento dos pais ou de uma ordem do tribunal, não podendo interromper sem um consentimento válido.

Por outro lado, se o consentidor recusar a interrupção num destes casos, os médicos devem requerer o suprimento judicial do consentimento de forma a salvaguardar os interesses da menor (art. 46º/6 CDOM e 1918º CC); esta possibilidade encontra-se prevista no art. 69º CRP, pois os menores têm direito à proteção do Estado caso se verifique um exercício abusivo da autoridade da família, já que a legitimidade da representação do menor visa prioritariamente a proteção dos seus interesses de acordo com o disposto no art. 1878º/1 CC<sup>135</sup>. Se a intervenção do Estado é orientada pela ideia de *favor minoris* basta que os seus interesses estejam em perigo para que a intervenção estadual seja legítima<sup>136</sup>.

Se a situação não permite aguardar decisão, está previsto nos arts. 91º e 92º da LPCJP um expediente brevíssimo<sup>137</sup>.

Se a interrupção tem fundamento na indicação embriopática ou indicação criminal<sup>138</sup>, entendemos, que a menor não pode ser obrigada a interromper contra a sua

---

<sup>134</sup> Cf. LUIS ARROYO ZAPATERO (1987), p. 14-15 disponível em [http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fportal.uclm.es%2Fportal%2Fpage%2Fportal%2FIDP%2FRevista%2520Naranja%2520%28Documentos%29%2FSeccion%252011%2Flos%2520menores%2520de%2520edad%2520y%2520los%2520incapaces.pdf&ei=LbNnUt\\_uFoed7gbqk4DwBA&usg=AFQjCNGE4pHCyQVna7vMatODG7DzNOyMTw&sig2=rStp2DxQ-IOrl\\_uqF-4-Og](http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fportal.uclm.es%2Fportal%2Fpage%2Fportal%2FIDP%2FRevista%2520Naranja%2520%28Documentos%29%2FSeccion%252011%2Flos%2520menores%2520de%2520edad%2520y%2520los%2520incapaces.pdf&ei=LbNnUt_uFoed7gbqk4DwBA&usg=AFQjCNGE4pHCyQVna7vMatODG7DzNOyMTw&sig2=rStp2DxQ-IOrl_uqF-4-Og) acedido em 7 de julho de 2013.

<sup>135</sup> Cf. MARQUES e GONÇALVES, P. (2007), p. 98.

<sup>136</sup> Cf. MEDEIROS (2005), p. 416.

<sup>137</sup> Consiste na comunicação do facto ao MP nos Tribunais de Família e Menores ou às CPCJ, onde não existam tribunais de tal competência especializada; o MP junto do tribunal da comarca requererá ao Juiz a adoção de providências urgentes, como a suspensão do exercício do poder paternal, sempre no interesse da criança (art. 3º CDC). São processos muito céleres e, caso haja dificuldade de contactar o Magistrado do MP ou as CPCJ, pode dar-se conhecimento da situação diretamente à autoridade policial que transmitirá o facto pela via mais célere ao tribunal territorialmente competente para adotar as providencias necessárias (Cf. RODRIGUES, ÁLVARO (2007), p. 349-350).

vontade; no entanto, vários autores espanhóis consideram que, se houver conflito de vontades, a decisão cabe ao tribunal que, atendendo ao melhor interesse da menor e, caso esta seja madura, deve respeitar a sua opinião e conferir-lhe o direito de veto<sup>139</sup>.

NO caso de a menor não ter maturidade para consentir advogamos, tal como GALÁN CORTÉS, que o melhor interesse da grávida deve prevalecer sobre qualquer outro, e a sua opinião deve sempre ser tida em conta, recorrendo-se à autoridade judicial em caso de conflito de vontades, caso a situação não seja de perigo urgente<sup>140</sup>.

Estes são alguns inconvenientes graves da solução legal<sup>141</sup>. Torna-se inexplicável o que o legislador aceitou consagrar para um estado etário em que seria de esperar que se atendesse à vontade da grávida e se investigasse da existência do discernimento necessário para consentir (14 e 15 anos). Não faz sentido permitir-se que muitos casos de interrupção ou não da gravidez dependam de decisões que pouco ou nada têm a ver com a vontade ou com os interesses da menor<sup>142/143</sup>.

Só a prevalência da vontade da menor que tenha o discernimento necessário combina com a dignidade da mulher grávida, devendo o regime legal ter uma interpretação conforme à Constituição<sup>144</sup>.

---

<sup>138</sup> Diferentemente é o entendimento dos profissionais de saúde, quanto à indicação criminal, entendendo que, independentemente da idade da grávida, poderão sem consentimento do consentidor interromper a gravidez, pois a interrupção encontra-se justificada pela al. d) nº1 do 142º. Mas a lei não exceciona nenhuma indicação quando a grávida é menor de 16 anos (Cf. nº 5 do art.) (Ver entrevista no Anexo VIII, resposta à questão 11).

<sup>139</sup> Cf. AA. VV. (2006), p. 89 disponível em: [http://books.google.pt/books?id=ptqNKAfDBYIC&pg=PA85&lpg=PA85&dq=menores+embarazadas+y+aborto:+quien+decide?+dolz+lago&source=bl&ots=yNJ-8cXyyK&sig=KSDpFcBamfXNYRDctLUGIyivV8U&hl=pt-PT&sa=X&ei=T\\_3jUdatPNLX7Ab86IDgDQ&ved=0CC0Q6AEwAA#v=onepage&q=menores%20embarazadas%20y%20aborto%3B%20quien%20decide%3F%20dolz%20lago&f=false](http://books.google.pt/books?id=ptqNKAfDBYIC&pg=PA85&lpg=PA85&dq=menores+embarazadas+y+aborto:+quien+decide?+dolz+lago&source=bl&ots=yNJ-8cXyyK&sig=KSDpFcBamfXNYRDctLUGIyivV8U&hl=pt-PT&sa=X&ei=T_3jUdatPNLX7Ab86IDgDQ&ved=0CC0Q6AEwAA#v=onepage&q=menores%20embarazadas%20y%20aborto%3B%20quien%20decide%3F%20dolz%20lago&f=false) acedido em 7 de julho de 2013.

<sup>140</sup> Cf. GALÁN CORTÉS (2001), p. 89-90.

<sup>141</sup> O entendimento do profissional de saúde – leia-se médico - não combina com o da doutrina, pois para aquele, caso as vontades entre consentente e menor colidam, nenhuma IVG pode ser realizada. Porém, segundo a letra da lei, qualquer que seja a decisão do consentidor, e, porque a menor é incapaz de consentir, é para ser cumprida (Ver entrevista no Anexo VIII, resposta à questão 7.2).

<sup>142</sup> Cf. DIAS, JORGE e BRANDÃO (2012), p. 275.

<sup>143</sup> Os próprios médicos reconhecem que existe uma forte pressão da família sob a menor para que esta decida num ou noutro sentido, colocando-a, até, numa situação em que não consegue perceber a complexidade da situação em que se encontra (Ver entrevista no Anexo VIII, resposta à questão 6 e 7). A consulta prévia (não deverá ser apenas uma consulta só para cumprir um requisito legal) e o período de reflexão mostram-se aqui de grande importância, esta é uma decisão que deve ser livre, de forma a que a grávida interiorize o tipo de intervenção, e o que isso implicará. Uma decisão menos conscienciosa poderá acarretar danos físicos e psíquicos graves.

<sup>144</sup> Cf. ALBUQUERQUE (2008), p. 381.

### SECÇÃO III

#### JUSTIFICAÇÃO DA INTERRUÇÃO SEM CONSENTIMENTO

O nº 6 do art. 142º dispensa o consentimento da grávida como condição de justificação quando cumulativamente se verificarem dois pressupostos: não seja possível obter o consentimento (quando não se torne faticamente viável obtê-lo de qualquer uma das pessoas referidas no nº 5); e a interrupção seja de carácter urgente.

A realização da interrupção é urgente quando o seu atraso cria ou potência um risco para os interesses que a lei visa proteger com a interrupção.

O médico, tendo em conta o estado dos conhecimentos, a experiência da medicina e ponderando a situação global em função dos interesses relevantes, decide sobre a urgência da interrupção. Além da urgência poder estar relacionada com a indicação terapêutica, pode estar relacionada com outros fatores juridicamente relevantes, *v.g.*, o facto de se estar a esgotar o prazo legal dentro do qual se justifica a interrupção<sup>145</sup>.

A decisão sobre a interrupção sem consentimento cabe ao médico, que sempre que é possível deve consultar o parecer de outro/s médico/s e, de acordo com a situação, decide em consciência pela solução mais razoável do conflito de interesses da grávida e do feto.

Esta decisão é insindicável, ou seja, se ele decidir pela interrupção não pode ser punido por aborto (art. 140º), mesmo que se venha a revelar não ser essa a vontade do consentidor. Ao invés, o médico já pode ser responsabilizado por ofensa à integridade física da grávida, nos termos gerais das intervenções médicas, se tiver cometido uma infração nos termos do art. 150º *v.g.*, um erro de diagnóstico<sup>146</sup>.

---

<sup>145</sup> Contudo no caso da al. e) nº 1 o preceito não pode ser aplicado. Se uma grávida for submetida a uma intervenção médica e se se encontrar em estado de inconsciência, não há motivo, na ausência de qualquer dos perigos elencados nas indicações terapêuticas, para que o médico interrompa a gravidez mesmo que o prazo das 10 semanas esteja a esgotar-se, se a mulher não demonstrou essa vontade.

<sup>146</sup> Cf. DIAS, JORGE e BRANDÃO (2012), p. 277-279.

## SECÇÃO IV

### DIREITO COMPARADO

#### 1. BÉLGICA E SUÍÇA

O CP belga, no seu art. 350º, não refere a idade a partir da qual a mulher pode consentir autonomamente na IVG, sendo esta matéria remetida para as disposições gerais que regem a atividade médica. O anteprojeto de lei *Colla* sobre os direitos do paciente previa que a informação podia ser comunicada ao menor se este tivesse 14 anos; contudo a nova lei de direitos dos pacientes, *Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient*, no art. 12º/2 não estabelece idade para consentir, apontando para uma apreciação casuística, em função da idade e da maturidade do menor<sup>147/148</sup>.

Repousando a decisão de interromper ou não a gravidez unicamente sobre a mulher independentemente da idade, admite-se também que uma menor o possa fazer sem o consentimento dos pais<sup>149</sup>.

Similarmente o regime jurídico suíço, no art. 119º/3 do CP<sup>150</sup>, não demarca a idade para consentir, baseando-se apenas na avaliação da capacidade de discernimento<sup>151</sup> da menor, e só na sua ausência é que o representante legal é chamado a consentir em sua vez.

#### 2. FRANÇA E LUXEMBURGO

Quer na França, com a *Loi n ° 2001-588 du 4 Juillet 2001* no art. 7º e no art. L.2212-7 do *Code de la santé publique*, quer no Luxemburgo, no art. 2º/2 da *Loi du 12 décembre 201*, não se faz qualquer referência à idade da mulher para prestar consentimento na IVG. Esclarecendo apenas que caso esta seja menor não emancipada, em geral o consentimento deve ser prestado pelos representantes legais.

---

<sup>147</sup> Cf. art. 12 §2 da Lei 22 de agosto de 2002 disponível em: [http://www.soinspalliatifs.be/images/pdf/loi\\_2002\\_08\\_22.pdf](http://www.soinspalliatifs.be/images/pdf/loi_2002_08_22.pdf) acessado a 21 de julho de 2013.

<sup>148</sup> Cf. PEREIRA, A. (2004), p. 297.

<sup>149</sup> Cf. *Idem* (2006), p. 246.

<sup>150</sup> Cf. art. 119º/3 do CP suíço disponível em: <http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19370083/201307010000/311.0.pdf> acessado em 21 de julho de 2013.

<sup>151</sup> Cf. noção de discernimento art. 16º CC suíço disponível em: <http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19070042/201307010000/210.pdf> acessado em 21 de julho de 2013.

Para estas ordens jurídicas menores são todos aqueles que ainda não completaram 18 anos de idade<sup>152</sup>.

A especificidade destes ordenamentos jurídicos prende-se com a possibilidade de a menor, caso o pretenda, ter direito ao sigilo, mas isso não significa que o médico fique automaticamente desonerado de tentar obter o consentimento da menor para que os representantes legais sejam consultados. No caso de a menor manter a sua oposição ou o consentimento daqueles não for obtido, a IVG pode ser praticada a pedido da menor desde que esta se faça acompanhar por uma pessoa de maioridade capaz, à sua escolha – “pessoa de confiança”<sup>153</sup>, acrescentando a norma luxemburguesa que, nesse caso, o serviço de assistência psíquico-social aconselhará a menor na escolha desta pessoa<sup>154</sup>.

### 3. ITÁLIA

A *Legge 22 maggio 1978 n. 194* consagra os 18 anos como a idade a partir da qual a grávida pode livremente prestar o seu consentimento para a IVG; abaixo desse limite etário o consentimento deverá ser prestado pelos representantes legais.

No entanto, nos primeiros 90 dias, quando existam sérias razões que impeçam a consulta dos representantes legais ou a sua consulta seja desaconselhável ou mesmo quando interpelados se recusem a prestar o consentimento, o profissional de saúde, no prazo de 7 dias, envia um relatório juntamente com o seu parecer ao juiz pedindo que se pronuncie dentro de 5 dias. O Juiz, depois de ouvir a grávida, ter em conta a sua vontade, as razões apresentadas e o relatório, decide se permite ou não a interrupção.

---

<sup>152</sup> Cf. arts. 388° do CC francês e luxemburguês respetivamente disponível em: [http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=D0BDF758B1C38F221BE2189070F4FB83.tpdj\\_o02v\\_2?idSectionTA=LEGISCTA000006136228&cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=20131101](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=D0BDF758B1C38F221BE2189070F4FB83.tpdj_o02v_2?idSectionTA=LEGISCTA000006136228&cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=20131101) e [http://www.legilux.public.lu/leg/textescoordonnes/codes/code\\_civil/L1\\_T10\\_minorite\\_tutelle\\_emancipati on.pdf](http://www.legilux.public.lu/leg/textescoordonnes/codes/code_civil/L1_T10_minorite_tutelle_emancipati on.pdf) acedido em 21 de julho de 2013.

<sup>153</sup> Cf. art. 7° da Lei n° 2001-588 de 4 julho de 2001 disponível em: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000222631&dateTexte=&categorieLien=id> e art. L.2212-7 do Código de saúde pública disponível em: [http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=61B3850A564DC0F04AC8B008388912BA.tpdj\\_o02v\\_2?idSectionTA=LEGISCTA000006171542&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20131101](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=61B3850A564DC0F04AC8B008388912BA.tpdj_o02v_2?idSectionTA=LEGISCTA000006171542&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20131101) acedido a 21 de julho de 2013.

<sup>154</sup> Cf. art. 2°/2 da Lei de 12 dezembro de 2012 disponível em: <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2012/0268/a268.pdf> acedidos dia 21 de julho.

Nos casos de urgência, quando haja um perigo grave para a saúde da menor, a interrupção da gravidez pode ser solicitada por ela sem o consentimento dos representantes legais e sem recorrer ao juiz.

Também após os 90 dias a menor ainda pode interromper a gravidez independentemente de consentimento, quando a gravidez ou o parto constituam um perigo para a sua vida ou o nascituro possa vir a sofrer de anomalias significativas ou mal formações<sup>155</sup>.

#### 4. ALEMANHA

A ordem jurídica germânica, no art. 218a do CP, indica as condições em que o aborto não é um ilícito penal; porém, nada diz acerca da idade a partir da qual a mulher pode consentir livremente.

De acordo com o art. 1596 (2) do CC alemão a idade mínima para consentir são os 14 anos<sup>156</sup>, portanto as menores de 14 anos são incapazes de consentir, e neste caso o médico deve esclarecer e obter o consentimento dos representantes legais<sup>157</sup>. Por outro lado, as menores com mais de 16 anos podem consentir autonomamente; no caso das menores cujas idades estão compreendidas entre os 14 e os 16 anos, o legislador reconheceu capacidade às menores para consentirem se, após uma avaliação em concreto da sua maturidade, se concluir que a menor é capaz para consentir, isto é, só uma avaliação casuística positiva da sua capacidade de discernimento pode conferir o direito de consentir numa IVG, sem que o seu representante legal se possa opor. Caso esta capacidade para consentir não se verifique, a menor deve ser substituída pelo representante legal.

Se existir impossibilidade de avaliar a capacidade da grávida, e a menor pretender interromper a gravidez, mas os seus representantes legais se opuserem, a interrupção só se realizará caso não represente um risco grave para a saúde ou mesmo para a vida da grávida; assim como o oposto, se a grávida quiser prosseguir com a

---

<sup>155</sup> Cf. art. 12º da Lei de 22 de maio de 1978 n. 194 disponível em: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_normativa\\_845\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_845_allegato.pdf) acessado dia 22 de julho de 2013.

<sup>156</sup> Cf. art. 1596 (2) CC alemão disponível em: [http://www.gesetze-im-internet.de/englisch\\_bgb/englisch\\_bgb.html#p5353](http://www.gesetze-im-internet.de/englisch_bgb/englisch_bgb.html#p5353) acessado dia 20 de julho de 2013.

<sup>157</sup> Cf. PEREIRA, A. (2004), p. 300.

gravidez, mas os pais opuserem, a prossecução da gravidez só ocorrerá caso não represente um perigo para a vida ou saúde da menor<sup>158</sup>.

Não existindo qualquer impossibilidade de averiguar a capacidade de discernimento da menor, e caso se verifique alguma indicação médica, fetopática ou criminal não é reconhecido aos pais o direito de prestar consentimento<sup>159</sup>.

## 5. ESPANHA

A Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo (LO), no seu art. 13º/4, estabelece que podem prestar o consentimento por si mesmas as mulheres cujas idades se situem entre os 16 e os 17 anos, embora exista a necessidade (com exceções) de os detentores do poder paternal serem informados da decisão da grávida.

Segundo a interpretação deste artigo a capacidade para consentir das menores com idade inferior a 16 anos seria negada. Contudo, o art. 13º/3 da referida lei estabelece que o consentimento nestes casos será prestado pelo representante legal em conformidade com as disposições da *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica* (LAP); também na segunda disposição final desaparece a exigência da maioridade para consentir na IVG e estabelece-se que o consentimento neste caso rege-se pelas regras gerais da LAP, assim como a exposição de motivos da LO 2/2010, no último parágrafo da parte II, faz a mesma referência<sup>160</sup>.

De acordo com o art. 9º/3 al. c) da LAP a capacidade de agir do menor depende da capacidade de compreender o âmbito da intervenção, valorando caso a caso a capacidade real de agir; quando o menor é incapaz intelectual ou emocionalmente para compreender o alcance da intervenção, o consentimento é prestado pelo representante legal após ouvir a sua opinião, se tiver 12 ou mais anos de idade<sup>161</sup>, interpretando-se isto

---

<sup>158</sup> Cf. ESER (2006), p. 1873.

<sup>159</sup> Cf. DREHER (1976), p. 806.

<sup>160</sup> Cf. art. 13º/3; segunda disposição final e exposição de motivos no último parágrafo da parte II na LO 2/2010 disponível em: <http://www.boe.es/boe/dias/2010/03/04/pdfs/BOE-A-2010-3514.pdf> acessado em 21 de julho de 2013.

<sup>161</sup> Impondo aos representantes legais que envolvam o menor no processo de tomada de decisão, ouvindo-o e tomando em consideração a sua opinião, sem prejuízo de a palavra final caber aos seus representantes (Cf. PEREIRA, A. (2004), p. 295).

como uma presunção de falta de capacidade dos menores com menos de 12 anos, cujo consentimento dos seus representantes é obrigatório<sup>162</sup>.

## 6. HOLANDA

A lei penal holandesa, no seu art. 296º/5, e a *Law on the termination of pregnancy of 1 May 1981* indicam as circunstâncias em que o aborto não é crime. No entanto, nem o art. do CP nem a referida lei mencionam a idade em que a mulher pode autonomamente prestar o seu consentimento para a IVG, sendo de aplicar as regras gerais sobre o consentimento do paciente para tratamento médico, incorporadas no CC holandês.

A Lei de 17 de novembro de 1994 sobre o contrato de prestação de serviços médicos admitiu a ideia de consentimento de acordo com a idade, maturidade e capacidade de discernimento do menor<sup>163</sup>.

À semelhança do que sucede em Portugal, o maior de 16 anos é considerado plenamente capaz para consentir (art. 447º/1)<sup>164</sup>; caso o menor tenha entre 12 e 16 anos, presume-se capaz, apesar de, para a realização da intervenção médica, se exigir o consentimento dos representantes legais e do menor; porém, os consentimentos não têm o mesmo peso, isto é, caso aqueles recusem a intervenção e o menor consinta, e a intervenção se mostrar necessária para evitar graves prejuízos para a saúde do menor, o médico poderá realizá-la. Mesmo no caso de menores com mais de 12 anos, considerados incapazes de decidir, apesar de os representante legais serem chamados a consentir, não têm a palavra final se o menor recusar a intervenção, a não ser que esta seja necessária para evitar perigo grave para a sua saúde ou vida (art. 450º/2)<sup>165</sup>. Ao invés, se o menor tiver idade inferior a 12 anos é considerado incapaz para consentir, devendo os seus representantes legais prestar o consentimento, pois é considerado incapaz de ponderar os seus interesses e de se determinar conforme essa ponderação<sup>166</sup> (art. 465º/1)<sup>167</sup>.

---

<sup>162</sup> Cf. art. 9º/3 c) da LAP disponível em: <http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf> acedido dia 21 de julho de 2013.

<sup>163</sup> Cf. MARTINS (2004a), p. 818.

<sup>164</sup> Cf. art. 447º/1 do CC holandês (WARENDORF/THOMAS/CURRY-SUMMER (2009), p. 832).

<sup>165</sup> Cf. art. 450º/2 do CC holandês (*Ibidem.*, p. 833).

<sup>166</sup> Cf. MARTINS (2004a), p. 818.

<sup>167</sup> Cf. art. 465º/1 do CC holandês (WARENDORF/THOMAS/CURRY-SUMMER (2009), p. 837).

A lei holandesa parece ir no sentido de uma apreciação casuística pelo médico na averiguação da capacidade de discernimento do menor para consentir no ato médico<sup>168</sup>.

## CONCLUSÃO

O art. 142º consagra os pressupostos necessários para uma IVG não ser punível – não ser jurídico-penalmente ilícita<sup>169</sup>.

Assim, a realização da IVG tem de ser levada a cabo por um médico ou sob a sua direção, ser praticada em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido, com o consentimento da mulher grávida (nº 1) e a certificação dos pressupostos tem de constar de atestado médico (nº 2).

A capacidade para consentir é conferida à mulher psicicamente capaz de idade igual ou superior a 16 anos; se a mulher for incapaz para consentir, o consentimento é prestado, *“respectiva e sucessivamente, conforme os casos (...) pelo representante legal, por ascendente, ou descendente ou, na sua falta, por quaisquer parentes na linha colateral”* (nº 5).

No entanto, nos dias de hoje existe um maior respeito pela autonomia e pelo direito de os menores participarem nas decisões que lhes digam respeito, considerando-se que as suas opiniões e ideias devem ser tidas em conta. Os menores passaram a ser construtores do seu próprio futuro.

O limite etário fixado para prestar consentimento válido e eficaz (16 anos) foi a forma encontrada pela sociedade para proteger a menor, contudo, capacidade para consentir e critério cronológico nem sempre coincidem; só uma análise casuística, na averiguação da maturidade da menor, deveria ser imposta para determinar se a menor reúne as condições suficientes para decidir autonomamente, pois, fixar a idade em que a menor alcança esse amadurecimento não parece a opção mais adequada. Mesmo que, em regra, a capacidade de ponderação e discernimento esteja presente nas jovens com mais de 16 anos, exceções existem, que não podem ser ignoradas, permitindo-se dessa forma que jovens com menos de 16 anos, com maturidade suficiente, vejam as suas vontades atendidas.

---

<sup>168</sup> Cf. MARTINS (2004a), p. 818.

<sup>169</sup> Cf. DIAS, JORGE e BRANDÃO (2012), p. 267.

Creemos que a índole pessoalíssima dos bens jurídicos em causa exige um regime jurídico compatível com a capacidade natural da menor. A gradual aquisição de competências intelectuais e emocionais da menor para se autodeterminar quanto a direitos de personalidade, tão pessoais como a integridade física, moral e a vida do nascituro, exige reconhecimento da ordem jurídica.

Parece-nos, e concordando com DIAS PEREIRA, que também no caso da IVG assim como para os atos médico-cirúrgicos, os 16 anos deveriam ser uma idade indicativa<sup>170</sup>, esta idade constituiria uma presunção de capacidade, embora, em concreto, uma adolescente com menos de 16 anos pudesse ser considerada capaz se possuísse o “*discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento no momento em que o presta*”<sup>171</sup> „<sup>172</sup>.

Se a grávida for menor de 16 anos, a lei prevê classes de representantes da vontade da menor como forma de suprir a sua incapacidade – consentimento substituído – (Cf. *Supra*).

Desde logo, é bem notória a displicência da lei pela vontade da menor, substituindo-a pela decisão de pessoas, que, independentemente da proximidade que possam ter com a menor<sup>173</sup>, são investidas do direito de consentir na interrupção da sua gravidez, podendo conduzir a decisões desligadas da vontade e interesses da menor.

Apesar da preocupação do legislador – que parece ter sido não deixar a menor desprotegida no caso da ausência de um dos consentidores – na previsão das várias classes de pessoas legalmente autorizadas a consentir, não se compreende como o pai do nascituro, mesmo sendo maior de 16 anos, ficou afastado de qualquer hipótese de participação em decisão de tão grande relevo, ao contrário, v.g., de “*um primo da mulher em 6º grau*”<sup>174</sup>!

---

<sup>170</sup> Neste sentido também RODRIGUES, J. (2001), p. 204-205. Note-se que onde se lê 14 anos adaptamos e substituímos por 16 anos.

<sup>171</sup> PEREIRA, A. (2004), p. 316-317.

<sup>172</sup> Países como a Alemanha, Espanha, Holanda, Bélgica e Suíça apontam para uma apreciação casuística da capacidade da menor para consentir. Exceto a Bélgica e a Suíça, os restantes países estabeleceram um limite etário com uma presunção de capacidade, a partir da qual se considera que as menores são plenamente capazes e um intervalo de idades, em que se deverá fazer uma avaliação em concreto da maturidade da menor.

<sup>173</sup> No nosso estudo de direito comparado nenhuma das ordens jurídicas consagra uma previsão de pessoas legalmente autorizadas a consentir tão ampla como a nossa, o que nos parece que faz todo o sentido, pois têm em conta o grau de proximidade com a menor, apontando todas elas apenas os “representantes legais”; no caso da França e do Luxemburgo ainda apontam para a “pessoa de confiança” e no caso da Itália, em algumas situações o tribunal é chamado a decidir.

<sup>174</sup> Nas palavras de FIGUEIREDO DIAS e NUNO BRANDÃO (2012), p. 276.

Já nos casos em que o pai<sup>175</sup> é o representante legal da menor, tendo cometido crime contra a liberdade e autodeterminação sexual, não deverá ter qualquer direito de intervenção na decisão<sup>176</sup>.

A investigação da vontade da menor, que tenha discernimento suficiente, deveria ser imposta, respeitando dessa forma os seus interesses, de modo a compatibilizar a lei penal com a CRP e o CDOM, onde os direitos fundamentais à integridade física e moral, à autodeterminação nos atos médicos e ao desenvolvimento da personalidade são protegidos<sup>177</sup>.

Nem sempre a vontade do consentidor e da menor são coincidentes, e a lei não distinguiu os motivos, reportando todos os casos a uma única solução<sup>178</sup>. Mas somos da opinião que os mesmos deveriam ser distinguidos<sup>179</sup>:

- Se o consentidor quer que a menor interrompa a gravidez, com base na solução do prazo, mas essa não é a vontade da menor com capacidade de discernimento suficiente, esta deve gozar do direito de veto;
- Por outro lado, se a menor quiser interromper a gravidez, de acordo com a solução do prazo, mas o consentidor se opuser, a situação já não parece tão clara como a anterior, pois, por um lado, entendemos que, se da análise *in concreto* se concluir que estão reunidas todas as condições para que a gestação seja levada até ao fim, não haverá razão para a interrupção da gravidez, por outro lado, admitimos a incoerência em reconhecer capacidade à menor na situação anterior e aqui lhe negarmos o mesmo direito para consentir. Podemos defender neste caso uma solução no sentido do *favor vitae*?
- Se a interrupção da gravidez tiver finalidade terapêutica (grave risco para a vida ou saúde), mas a menor quiser prosseguir com a gravidez, a autonomia da menor deve ser restringida e a interrupção deve ser imposta, devendo o médico requerer o consentimento da pessoa legalmente autorizada ou do tribunal;

---

<sup>175</sup> Pai do nascituro, que pode ser também pai da grávida.

<sup>176</sup> Embora a lei não esclareça esta inidoneidade, segunda uma interpretação conforme ao princípio geral da proibição do abuso de direito e pela não inviabilização da al. d) em prejuízo da gestante, o representante agressor é afastado do processo de decisão.

<sup>177</sup> Cf. art. 46º/3 e 48º/3 CDOM.

<sup>178</sup> O nº 5 do art. 142º apenas aponta a idade em que a menor carece de consentimento.

<sup>179</sup> V.g. no regime jurídico germânico alguns motivos têm tratamento diferente (Cf. p. 35-36).

- Assim, mesmo que também o consentidor recuse a interrupção com finalidade terapêutica, deve ser requerido pelo médico o suprimento judicial do consentimento (art. 46º/6 CDOM e 1918º CC), tutelando os interesses da menor; caso a situação se revista de urgência um expediente brevíssimo encontra-se previsto na LPCJP nos arts. 91º e 92;
- Evidentemente, no caso de a grávida querer interromper a gravidez com base na indicação terapêutica, esta vontade deve ser atendida;
- Caso a interrupção da gravidez tenha fundamento na indicação embriopática ou indicação criminal, e houver conflito de vontades, tendo a menor discernimento necessário, não pode ser obrigada a interromper a gravidez contra a sua vontade, tendo direito de veto, já se a menor quiser interromper, deve respeitar-se a sua vontade;
- Não tendo a menor o discernimento suficiente para consentir, e se as vontades colidirem, a autoridade judicial, salvo situação de urgência, deve ouvir quer o consentidor, quer a menor, decidindo, porém, de acordo com o seu melhor interesse.

Concluindo a nossa exposição, por uma questão de pragmatismo e segurança jurídica, entendemos que deve ser mantida uma presunção de incapacidade da jovem menor de 16 anos. Porém, esta deveria ser uma presunção ilidível. Esta seria uma solução adequada, exequível e aceite pelo sistema jurídico e pela prática médica, prevenindo o surgimento de processos de responsabilização médica. Uma presunção desta natureza incentivaria os profissionais de saúde à averiguação da autonomia da menor face a cada caso concreto. Somos da opinião que todas as menores são presumivelmente incompetentes até atingirem essa idade, mas tal não prejudicaria o dever de averiguar a sua eventual capacidade. Por outro lado, mesmo não tendo o discernimento necessário para consentirem, deveriam ser ouvidas.

Se a lei orientar a atividade médica de forma a antecipar e responder aos problemas que dela possam derivar, um passo muito importante já está a ser dado para o bem-estar das menores, que deve ser o fim último quer da lei, quer da ação dos profissionais de saúde.

Os tempos evoluem e a sociedade e o direito tem de os acompanhar.

## BIBLIOGRAFIA

- **ALBUQUERQUE, Paulo Pinto de**, Anotação ao art. 142º, *Comentário do Código Penal à luz da Constituição da República e da Convenção Europeia dos Direitos do Homem*, Lisboa: Universidade Católica Editora, 2008.
- **ALMEIDA, João Alcides de**, *O Aborto Consensual: Estudo de Direito Penal e de Política Criminal*, Lisboa: [s.n], 1964.
- **AMORIM, Ana**, “O consentimento informado de menores: reflexões críticas sobre a lei actual” in *Lex Medicinæ: Revista Portuguesa de Direito da Saúde*, ano 8, nº 15, Coimbra: Coimbra Editora, 2011, p. 113-128.
- **ANDRADE, Manuel Costa da**, *Consentimento e Acordo em Direito Penal: Contributo para a fundamentação de um paradigma dualista*, Coimbra: Coimbra Editora, 1991.
- **BRITO, Diogo Lorena**, *A vida pré-natal na jurisprudência do Tribunal Constitucional*, Porto: Universidade Católica, 2007.
- **BRITO, Teresa Quintela de**, “O Crime de Aborto”, in *Direito Penal – Parte Especial: Lições, Estudos e Casos*, AA. VV., Coimbra: Coimbra Editora, 2007, p. 423-482.
- **CUNHA, José Manuel Damião da**, Anotação aos arts. 140º e 141º, in *Comentário Conimbricense do Código Penal*, DIAS, Jorge Figueiredo de (dir.), Tomo I, Coimbra: Coimbra Editora, 2012.
- **CUNHA, Maria da Conceição Ferreira da**, «*Constituição e Crime*»: *Uma perspectiva da criminalização e da descriminalização*, Porto: Universidade Católica Portuguesa Editora, 1995.
- **DIAS, João Álvaro**, *Procriação Assistida e Responsabilidade Médica*, Studia Iuridica; 21, Coimbra: Coimbra Editora, 1996.
- **DIAS, Jorge de Figueiredo**, *Direito Penal, Parte Geral: Questões Fundamentais, A Doutrina Geral do Crime*, Tomo I, 2ª edição, Coimbra: Coimbra Editora, 2007.
- \_\_\_\_\_, Nótulas antes do art. 142º, in *Comentário Conimbricense do Código Penal*, DIAS, Jorge Figueiredo de (dir.), Tomo I, Coimbra: Coimbra Editora, 2012.

- **DIAS, Jorge de Figueiredo/BRANDÃO, Nuno**, Anotação ao art. 142º, in *Comentário Conimbricense do Código Penal*, DIAS, Jorge Figueiredo de (dir.), Tomo I, Coimbra: Coimbra Editora, 2012.
- **DOLZ LAGO, Manuel-Jesús**, “Menores Embarazadas y Aborto: ¿Quien Decide?”, in *Actualidad Penal*, nº 29, 15-21 Julio 1996.
- **DREHER, Eduard**, Anotação antes do §218, *Strafgesetzbuch : mit Nebengesetzen und Verordnungen*, München: Beck, 36. Auf, 1976.
- **ESER, Albin**, Anotação ao §218, in *Strafgesetzbuch:Kommentar*, AA. VV., München: Beck, 27.Auf, 2006.
- **FARIA, Maria Paula Bonifácio Ribeiro de**, *Aspectos Jurídico-Penais dos Transplantes*, Porto: Universidade Católica Portuguesa Editora, 1995.
- **FRISCH, Wolfgang**, “Consentimento e consentimento presumido nas intervenções médico-cirúrgicas” in *Revista Portuguesa de Ciência Criminal*, ano 14, nº 1 e 2, Coimbra: Coimbra Editora, janeiro-junho 2004, p. 67-115.
- **GALÁN CORTÉS, Julio César**, *Responsabilidad Médica y Consentimiento Informado*, Madrid: Civitas, 2001.
- **GONÇALVES, Manuel Lopes Maia**, Anotação ao art. 140º, *Código Penal Português: Anotado e Comentado Legislação Complementar*, 18ª edição, Coimbra: Almedina, 2007.
- **LEAL-HENRIQUES, Manuel de Oliveira/SIMAS, Manuel José Carrilho de**, *Código Penal Anotado*, Vol. II, 3ª edição, Lisboa: Editora Rei dos Livros, 2000.
- **LOUREIRO, João Carlos Simões Gonçalves**, “Aborto: algumas questões jurídico-constitucionais (A propósito de uma reforma legislativa)”, in *Boletim da Faculdade de Direito*, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra (org.), Vol. LXXIV, Coimbra: Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, 1998, p. 327-403.
- **MALHEIROS, Manuel Luís Macaísta**, “Crimes contra a vida intra-uterina”, in *Colectânea de Textos de Parte Especial do Direito Penal*, AA. VV., Lisboa: AAFDL, 2008, p. 123-127.
- **MARQUES, Rita Fonseca/GONÇALVES Patrícia Trindade**, “A recusa de transfusão: da prática à jurisprudência” in *Sub Judice: Justiça e Sociedade*, nº 38, Coimbra: Almedina, janeiro-março 2007, p. 89-99.

- **MARTINS, Rosa Cândido**, “A criança, o adolescente e o acto médico. O problema do consentimento” in *Comemorações dos 35 anos do Código Civil e dos 25 anos da Reforma de 1977*, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra (org.), Vol. I, Coimbra: Coimbra Editora, 2004a, p. 791-827.
- \_\_\_\_ “Poder paternal VS autonomia da criança e do adolescente?”, in *Lex Familiae: Revista Portuguesa de Direito da Família*, ano 1, nº 1, Coimbra: Coimbra Editora, janeiro-junho 2004, p. 65-74.
- \_\_\_\_ Anotação ao art. 24º, in *Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia Comentada*, SILVEIRA, Alessandra/CANOTILHO, Mariana, Coimbra: Almedina, 2013, p. 298-311.
- **MEDEIROS, Rui**, Anotação ao art. 36º, in *Constituição da República Portuguesa Anotada*, MIRANDA, Jorge/MEDEIROS, Rui, Tomo I, Coimbra: Coimbra Editora, 2005.
- **MOREIRA, Sónia**, “A autonomia do menor no exercício dos seus direitos” in *Scientia Iuridica: Revista de Direito Comparado Português e Brasileiro*, nº 291, Braga: Livraria Cruz, setembro-dezembro 2001, p. 159-194.
- **MOURA, José Souto de**, “Sobre o crime de aborto”, in *Revista do CEJ*, nº 6, Lisboa: Almedina, 1º semestre 2007, p. 123-138.
- **PEREIRA, André Gonçalo Dias**, *O Consentimento Informado na Relação Médico-Paciente: Estudo de Direito Civil*, Vol. 9, Coimbra: Coimbra Editora, 2004.
- \_\_\_\_ “A capacidade para consentir: Um novo ramo da capacidade jurídica” in *Comemorações dos 35 anos do Código Civil e dos 25 anos da Reforma de 1977*, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra (org.), Vol. II, Coimbra: Coimbra Editora, 2006, p. 199-249.
- **PEREIRA, Rui Carlos**, *O Crime de Aborto e a Reforma Penal*, Lisboa: AAFDL, 1995.
- **PINTO, Carlos Alberto Mota/MONTEIRO, António Pinto/ PINTO, Paulo Mota** – *Teoria Geral do Direito Civil*. Coimbra: Coimbra Editora, 2005.
- **PINTO, José Rui da Costa**, “Alguns textos e documentos de particular relevo bioético”, in *Bioética*, ARCHER, Luís/ BISCAIA, Jorge/ OSSWALD, Walter (coords.), Lisboa-São Paulo: Verbo, 1996, p. 387-401.

- **RIBEIRO, Geraldo Rocha**, “Quem decide pelos menores? (Algumas notas sobre o regime jurídico do consentimento informado para actos médicos)” in *Lex Medicinæ: Revista Portuguesa de Direito da Saúde*, ano 7, nº 14, Coimbra: Coimbra Editora, 2010, p. 105-138.
- **RODRIGUES, Almiro Simões**, “O interesse do menor: Contributo para uma definição”, in *Infância e Juventude*, nº 1, Lisboa: Ministério da Justiça, janeiro-março de 1985, p. 7-42.
- **RODRIGUES, Álvaro da Cunha Gomes**, *Responsabilidade médica em Direito Penal (Estudo dos pressupostos sistemático)*, Coimbra: Almedina, 2007.
- **RODRIGUES, João Vaz**, *O Consentimento informado para o acto médico no ordenamento jurídico português: elementos para o estudo da manifestação da vontade do paciente*, Vol. 3, Coimbra: Coimbra Editora, 2001.
- **SANTOS, André Teixeira dos**, “Do consentimento dos menores para a realização de actos médicos terapêuticos”, in *Revista do Ministério Público*, ano 30, nº 118, Lisboa: Sindicato dos Magistrados do Ministério Público, abril-junho 2009.
- **SILVA, Fernando**, Anotação aos arts. 140º, 141º e 142º, *Direito Penal Especial: Os crimes contra as pessoas*, 3ª edição, Lisboa: Quid Juris, 2011.
- **SOTTOMAYOR, Clara**, “A propósito do referendo sobre o aborto”, in *Vida e Direito: Reflexões sobre um referendo*, GOUVEIA, Jorge Bacelar/MOTA, Henrique (orgs.), Cascais: Principia, Publicações Universitárias e Científicas, 1998, p. 111-112.
- **WARENDORF, Hans/THOMAS, Richard/CURRY-SUMMER, Ian**, *The Civil Code of the Netherlands*, Alphen aan den Rijn : Wolters Kluwer, 2009.

## PUBLICAÇÕES DISPONÍVEIS ON-LINE

- **AA. VV.**, “*La ética y el derecho ante la biomedicina del futuro*” Vol. 86, Bilbao: Universidad de Deusto, 2006, p. 84-89. Disponível para consulta em: [http://books.google.pt/books?id=ptqNKAFDBYIC&pg=PA85&lpg=PA85&dq=menores+embarazadas+y+aborto;+quien+decide?+dolz+lago&source=bl&ots=yNJ-8cXyyK&sig=KSDpFcBamfXNYRDctLUGIyivV8U&hl=pt-PT&sa=X&ei=T\\_3jUdatPNLX7Ab86IDgDQ&ved=0CC0Q6AEwAA#v=onepage&q=menores%20embarazadas%20y%20aborto%3B%20quien%20decide%3F%20dolz%20lago&f=false](http://books.google.pt/books?id=ptqNKAFDBYIC&pg=PA85&lpg=PA85&dq=menores+embarazadas+y+aborto;+quien+decide?+dolz+lago&source=bl&ots=yNJ-8cXyyK&sig=KSDpFcBamfXNYRDctLUGIyivV8U&hl=pt-PT&sa=X&ei=T_3jUdatPNLX7Ab86IDgDQ&ved=0CC0Q6AEwAA#v=onepage&q=menores%20embarazadas%20y%20aborto%3B%20quien%20decide%3F%20dolz%20lago&f=false) acedido em 7 de julho de 2013.

- **DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE**, Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, disponível para consulta em: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/publicacoes/interruptao-da-gravidez.aspx> , acessado em 29 de outubro de 2013.
- **LEMA AÑON**, Carlos, “*Sobre el consentimiento de las menores para la interrupción voluntaria del embarazo*” (2002), disponível para consulta em: <http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fdiagonal.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F232234.pdf&ei=8rJmUumhLZKN7AbWwoDYDw&usg=AFQjCNGhgv4JybSdkotmlHoGOxmxrh2IHQ&sig2=jVOOGyZpFAvdH0B8T7In9w> , acessado em 7 de julho de 2013.
- **MARTINS, Alexandre**, “*Menor norte-americana obrigada a ser mãe por “falta de maturidade” para abortar*”. Público, 10 de outubro de 2013, disponível para consulta em: <http://www.publico.pt/mundo/noticia/menor-norteamericana-obrigada-a-ser-mae-por-falta-de-maturidade-para-abortar-1608424> , acessado em 10 de outubro de 2013.
- **RAMOA, Cândida/LEITÃO, Isabel**, “*A Educação Sexual em Meio Escolar: Metodologias de Abordagem/Intervenção*” (21 de outubro de 2010 a 2 de maio de 2011), disponível para consulta em: <http://www.cfaematosinhos.eu/R0.pdf> , acessado em 12 de novembro de 2013.
- **ZAPATERO, Luis Arroyo**, “*Los menores de edad y los incapaces ante el aborto y la esterilización*” (1987), disponível para consulta em: [http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fportal.uclm.es%2Fportal%2Fpage%2Fportal%2FIDP%2FRevista%2520Naranja%2520%28Documentos%29%2FSeccion%252011%2Flos%2520menores%2520de%2520edad%2520y%2520los%2520incapaces.pdf&ei=LbNnUt\\_uFoed7gbqk4DwBA&usg=AFQjCNGE4pHCyQVna7vMatODG7DzNOyMTw&sig2=rStp2DxQ-IOrl\\_uqF-4-Og](http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fportal.uclm.es%2Fportal%2Fpage%2Fportal%2FIDP%2FRevista%2520Naranja%2520%28Documentos%29%2FSeccion%252011%2Flos%2520menores%2520de%2520edad%2520y%2520los%2520incapaces.pdf&ei=LbNnUt_uFoed7gbqk4DwBA&usg=AFQjCNGE4pHCyQVna7vMatODG7DzNOyMTw&sig2=rStp2DxQ-IOrl_uqF-4-Og) , acessado em 7 de julho de 2013.

## LEGISLAÇÃO EUROPEIA

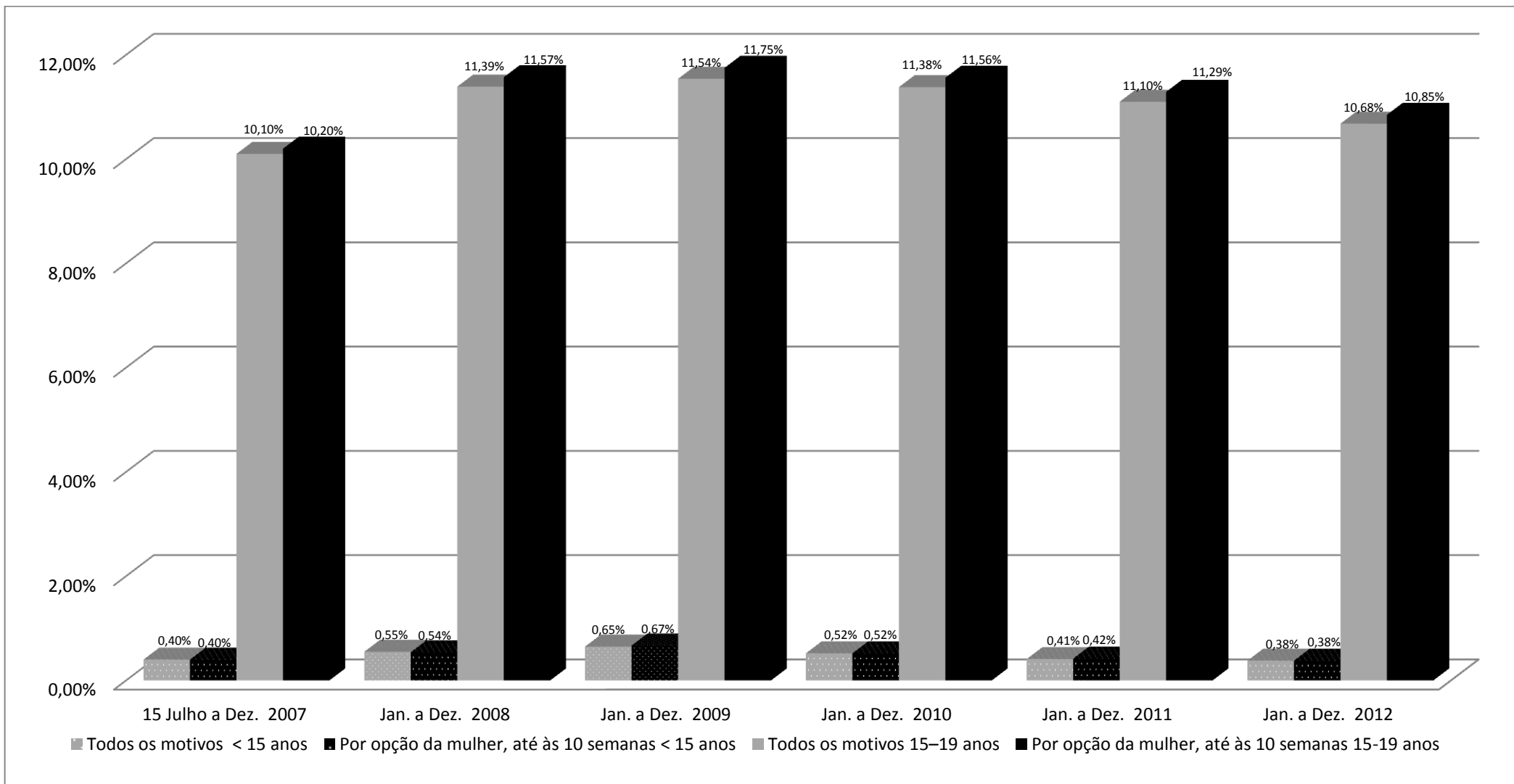
- **ALEMANHA**, Código Civil (art. 1596 (2)) disponível para consulta em: [http://www.gesetze-im-internet.de/englisch\\_bgb/englisch\\_bgb.html#p5353](http://www.gesetze-im-internet.de/englisch_bgb/englisch_bgb.html#p5353) acessado dia 20 de julho de 2013.
- **BÉLGICA**, Lei 22 de agosto de 2002 (art. 12 §2) disponível para consulta em: [http://www.soinspalliatifs.be/images/pdf/loi\\_2002\\_08\\_22.pdf](http://www.soinspalliatifs.be/images/pdf/loi_2002_08_22.pdf) acessado a 21 de julho de 2013.
- **ESPAÑA**, Lei nº 41/2002, de 14 de novembro (art. 9º/3 al. c)) disponível para consulta em: <http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf> acessado dia 21 de julho de 2013.
- **ESPAÑA**, Lei Orgánica 2/2010, de 3 de março (art. 13º/3; segunda disposição final e exposição de motivos no último parágrafo da parte II) disponível para consulta em: <http://www.boe.es/boe/dias/2010/03/04/pdfs/BOE-A-2010-3514.pdf> acessado em 21 de julho de 2013.
- **FRANÇA**, Lei nº 2001-588 de 4 julho de 2001 (art. 7º) disponível para consulta em: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000222631&dateTexte=&categorieLien=id> e Código de saúde pública (art. L.2212-7) disponível para consulta em: [http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=61B3850A564DC0F04AC8B008388912BA.tpdjo02v\\_2?idSectionTA=LEGISCTA000006171542&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20131101](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=61B3850A564DC0F04AC8B008388912BA.tpdjo02v_2?idSectionTA=LEGISCTA000006171542&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20131101) acessado a 21 de julho de 2013.
- **FRANÇA e LUXEMBURGO**, Código Civil (arts. 388º) respetivamente disponível para consulta em: [http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=D0BDF758B1C38F221BE2189070F4FB83.tpdjo02v\\_2?idSectionTA=LEGISCTA000006136228&cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=20131101](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=D0BDF758B1C38F221BE2189070F4FB83.tpdjo02v_2?idSectionTA=LEGISCTA000006136228&cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=20131101) e

[http://www.legilux.public.lu/leg/textescoordonnes/codes/code\\_civil/L1\\_T10\\_miorite\\_tutelle\\_emancipation.pdf](http://www.legilux.public.lu/leg/textescoordonnes/codes/code_civil/L1_T10_miorite_tutelle_emancipation.pdf) acedido em 21 de julho de 2013.

- **ITÁLIA**, Lei de 22 de maio de 1978 n. 194 (art. 12º) disponível para consulta em: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_normativa\\_845\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_845_allegato.pdf) acedido dia 22 de julho de 2013.
- **LUXEMBURGO**, Lei de 12 dezembro de 2012 (art. 2º/2) disponível para consulta em: <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2012/0268/a268.pdf> acedidos dia 21 de julho.
- **SUIÇA**, Código Civil (art. 16º) disponível para consulta em: <http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19070042/201307010000/210.pdf> acedido em 21 de julho de 2013.
- **SUIÇA**, Código Civil (art. 119º/3) disponível para consulta em: <http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19370083/201307010000/311.0.pdf> acedido em 21 de julho de 2013.

## **ANEXOS**

**Anexo I** – Interrupções da gravidez de menores nos períodos entre 15 de julho-dezembro de 2007 a janeiro-dezembro de 2012



**Observação:** - A escolha pelos 15 ao invés dos 16 anos (como estabelece a lei no seu art. 142 n° 5), deve-se ao facto da maioria dos jovens iniciar a vida sexual aos 15 anos. Estudo disponível em: <http://www.cfaematosinhos.eu/R0.pdf>

- Os restantes valores percentuais dizem respeito às restantes classes etárias, ficando fora do âmbito do nosso estudo.

Elaborado pela autora de acordo com os dados dos relatórios dos registos da IVG do Programa Nacional de Saúde Reprodutiva da Direção-Geral de Saúde. Disponível em: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/publicacoes/interrupcao-da-gravidez.aspx>

**Anexo II** – Certificado de comprovação do tempo de gestação

**CERTIFICADO DE COMPROVAÇÃO DO TEMPO DE GESTAÇÃO**

**A PREENCHER ANTES DA INTERVENÇÃO**

Eu \_\_\_\_\_ (em maiúsculas),

observei a Sra. \_\_\_\_\_, com

O Processo clínico n.º \_\_\_\_\_, e atesto, de acordo com ecografia realizada a

-   -     que a gravidez, nesta data, não excede as 10 semanas de gestação.

Data:   -   -

**O Médico:** N.º ORD.

ASS.: \_\_\_\_\_

Vinheta  
do  
Médico

**Anexo III** – Informação e esclarecimentos prestados na consulta prévia

## INFORMAÇÕES E ESCLARECIMENTOS PRESTADOS NA CONSULTA PRÉVIA

Confirmo que, no âmbito da consulta prévia, realizada no Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE  
\_\_\_\_\_ em   -   -     ,  
informei a grávida \_\_\_\_\_  
ou o seu representante legal, ascendente, descendente ou parente na linha colateral  
Sr. (a) \_\_\_\_\_  
de forma adequada e compreensível, do significado da interrupção da gravidez, assim como dos  
seus possíveis riscos e complicações.

### O Médico:

Nome (*em maiúsculas*) \_\_\_\_\_

ASS.: \_\_\_\_\_

Data:   -   -

N.º ORD.

**Anexo IV** – Consentimento livre e esclarecido para a interrupção da gravidez

**CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ**

Eu (*nome completo*) \_\_\_\_\_

com o documento de identificação \_\_\_\_\_

n.º \_\_\_\_\_

venho declarar, de acordo com o n.º 4 do artigo 142º do Código Penal, que fui devidamente informada e que estou esclarecida sobre as condições em que vai ser realizada, no meu caso, a interrupção da gravidez e os procedimentos e eventuais consequências para a minha saúde inerentes à sua realização. Assim:

- Confirmo que tive a possibilidade de colocar todas as questões que pretendia e que as explicações que me foram fornecidas foram suficientemente claras para permitir a minha livre decisão;
- Confirmo que estou esclarecida sobre as consequências da interrupção da gravidez e que tenho consciência da possibilidade de ocorrerem complicações e de vir a ser necessária a realização de actos diferentes daqueles inicialmente propostos;
- Autorizo, nas circunstâncias acima referidas, que sejam efectuados todos os actos médicos indicados;
- Confirmo que fui informada sobre a importância, para a minha saúde, de seguir as recomendações e prescrições médicas no período pré e pós interrupção da gravidez, assim como de comparecer nas consultas que me forem indicadas;
- Autorizo a utilização posterior dos meus dados pessoais relativos à interrupção da gravidez, para os efeitos previstos na lei.

**A preencher nas situações de interrupção da gravidez por opção da mulher, nos termos da alínea e) do n.º 1 do artigo 142º do Código Penal.**

- Confirmo que fui informada sobre as condições de apoio que o Estado pode dar à prossecução da gravidez e à maternidade.
- 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.

**Como me foi explicado, esta interrupção da gravidez:**

- Constitui o único meio de remover perigo de morte ou de grave e irreversível lesão para o meu corpo ou para a minha saúde física ou psíquica.
- Está indicada para evitar perigo de morte ou de grave e duradoura lesão para o meu corpo ou para a minha saúde física ou psíquica e vai ser realizada nas primeiras 12 semanas de gravidez.
- Está indicada porque há seguros motivos para prever que o meu feto virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita e vai ser realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez.
- Está indicada porque o feto é inviável.
- Será efectuada porque a gravidez resultou de crime contra a minha liberdade e autodeterminação sexual e vai ser realizada nas primeiras 16 semanas de gravidez.
- Será efectuada por minha opção e vai ser realizada nas primeiras 10 semanas de gravidez.

**Pretendo a interrupção da minha gravidez e autorizo a utilização do seguinte procedimento:**

- Cirúrgico com anestesia local
- Cirúrgico com anestesia geral
- Medicamentoso
- Medicamentoso seguido de cirúrgico

Assinatura da Utente: \_\_\_\_\_

Data

□□ - □□ - □□□□

**CASO DE MENOR DE 16 ANOS OU MULHER PSIQUICAMENTE INCAPAZ**

Nome do Representante Legal: \_\_\_\_\_

**Documento de Identificação apresentado**

Tipo: \_\_\_\_\_ N.º \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data □□ - □□ - □□□□

Certifico que comprovei a relação de parentesco ou de representação legal para a realização da IVG

O Médico: \_\_\_\_\_

N.º ORD. □□□□□□

**Anexo V – Registo declaração obrigatória DGS – IVG**

# REGISTO DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA DGS - IVG

A REGISTRAR ATÉ AO DIA 20 DO MÊS SEGUINTE

NÃO PODE SER USADA  
ETIQUETA IDENTIFICATIVA

N.º de Processo:

Nome Abreviado:

Data de Nascimento:  -  -

Data:  -  -

N.º Registo:

RESPONSÁVEL PELO LANÇAMENTO D.G.S.

N.º OM:  Rúrica:

Motivo	1	Único meio de remover perigo de morte ou grave lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da grávida
	2	Evitar perigo de morte ou grave e duradoura lesão para a saúde física ou psíquica da grávida
	3	Grave doença ou malformação congénita do nascituro
	4	Gravidez resultante de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual
	5	Por opção da mulher

Acesso ao serviço para a interrupção da gravidez

1	Encaminhamento do Centro de Saúde
2	Encaminhamento do Hospital Público
3	Encaminhamento de clínica / médico privado
4	Iniciativa própria
5	Outro

## A. DADOS DA UTENTE

IDADE  NACIONALIDADE 

1	Portuguesa
2	Outra

Se outra Nacionalidade, qual?

DISTRITO DE RESIDÊNCIA

CONCELHO DE RESIDÊNCIA

VIVE EM CASAL

1	Sim
2	Não

ESTADO CIVIL

1	Solteira
2	Casada
3	Viúva
4	Divorciada
5	Separada

Grávida

Companheiro  
(caso exista)

1	Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa	1
2	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	2
3	Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio	3
4	Pessoal Administrativo, Serviços e similares	4
5	Agricultores, Operário, Artífices e outros Trabalhadores Qualificados	5
6	Forças militares e militarizadas	6
7	Trabalhadores não qualificados	7
8	Trabalho doméstico não remunerado	8
9	Estudante	9
10	Desempregado	10

NÍVEL DE INSTRUÇÃO CONCLUÍDO

1	Não sabe ler nem escrever
2	Sabe ler sem ter frequentado a escola
3	Ensino Básico – 1.º Ciclo
4	Ensino Básico – 2.º Ciclo
5	Ensino Básico – 3.º Ciclo
6	Ensino Secundário
7	Ensino Superior

SITUAÇÃO LABORAL

N.º DE FILHOS

Ano do último parto (aaaa)

N.º de Interrupções de gravidez anteriores

Ano da última interrupção da gravidez (aaaa)

No último ano esteve numa consulta para a utilização ou controlo de métodos contraceptivos?

1	Sim
2	Não

[se SIM] Especifique:

1	Público – Centro de Saúde	3	Privado
2	Público – Hospital	4	Outro

## B. DADOS DA INTERVENÇÃO

Dias de espera para a consulta prévia

Procedimento utilizado na interrupção da gravidez:

Data da consulta prévia

aaaa-mm-dd

1	Cirúrgico com anestesia local
2	Cirúrgico com anestesia geral
3	Medicamentoso
4	Outro

Data da intervenção/medicação inicial

aaaa-mm-dd

Semanas de gestação no momento da intervenção

## C. CONTRACEÇÃO APÓS INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ

1	DIU
2	Implante
3	Hormonal oral ou injectável
4	Laqueação de trompas
5	Outro
6	Nenhum

Método contraceptivo prescrito após a interrupção da gravidez

OS DADOS CONTIDOS NESTE REGISTO SÃO ANÓNIMOS E NÃO PODEM SER TORNADOS PÚBLICOS DE FORMA INDIVIDUALIZADA

**Anexo VI – Objeção de consciência**

ANEXO III  
*Objecção de consciência*  
*(modelo indicativo previsto no artigo 12.º, n.º 1)*

Nome \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cédula profissional n.º \_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tenho conhecimento da minha obrigação de prestar a assistência necessária às mulheres cuja saúde esteja comprometida ou em risco, em situações decorrentes da interrupção da gravidez.

Tenho conhecimento da minha obrigação de encaminhar as mulheres grávidas que solicitem a interrupção da gravidez para os serviços competentes, dentro dos prazos legais.

Tenho conhecimento de que me encontro impossibilitado de participar na consulta prévia e no acompanhamento das mulheres grávidas durante o período de reflexão.

Assinatura \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Anexo VII** – Notícia: Menor norte-americana obrigada a ser mãe por “falta de maturidade” para abortar

# Menor norte-americana obrigada a ser mãe por "falta de maturidade" para abortar

ALEXANDRE MARTINS (HTTP://WWW.PUBLICO.PT/AUTOR/ALEXANDRE-MARTINS) 08/10/2013 - 13:57

Adolescente de 16 anos está num "limbo legal", segundo o Supremo Tribunal do Nebraska.



(<http://imagens4.publico.pt/imagens.aspx/802874?tp=UH&db=IMAGENS>)

A justiça retirou a tutela legal aos pais da jovem por maus-tratos e toxicod dependência HENRY ROMERO/REUTERS

## TÓPICOS > (/TOPICOS)

[América](#)

(<http://www.publico.pt/america>)

[Justiça](#)

(<http://www.publico.pt/justica>)

[EUA](#)

(<http://www.publico.pt/eua>)

[Aborto](#)

(<http://www.publico.pt/aborto>)

Uma adolescente norte-americana de 16 anos, cuja custódia está entregue ao Estado, foi impedida de interromper a gravidez por "falta de maturidade suficiente" para tomar essa decisão.

O caso começou em Julho, quando a menor pediu ao juiz do tribunal do condado de Douglas, no estado do Nebraska, para ficar isenta da obrigatoriedade de apresentar uma autorização escrita de um dos seus pais ou dos seus tutores legais para abortar.

Quando o pedido foi apresentado, a menor vivia com uma família de acolhimento, juntamente com os seus dois irmãos, de nove e sete anos, depois de um outro tribunal ter retirado os direitos de paternidade aos seus pais biológicos, devido a maus-tratos e toxicod dependência. Num dos casos de violência familiar, em 2011, o seu pai partiu-lhe a clavícula e foi condenado por agressão.

Legalmente, a jovem estava — e está — sob a protecção do Estado, já que em nenhum momento do processo foram atribuídos direitos de paternidade ou tutela à família de acolhimento, mas o juiz deliberou que a família de acolhimento seria considerada tutora legal para a decisão sobre um eventual aborto.

Como estava sob a protecção do Estado, a menor apoiou-se na lei federal — segundo o [Departamento de Saúde e Serviços Humanos](#) (<http://www.hhs.gov/>), as jovens com menos de 18 anos de idade que estejam sob a tutela do Estado têm apenas de informar os serviços da sua decisão de interromper a gravidez e não precisam de obter uma

Menor norte-americana obrigada a ser mãe por "falta de maturidade... <http://www.publico.pt/mundo/noticia/menor-norteamericana-obriga...>  
autorização escrita.

Mas uma mudança na lei no Nebraska, em 2011, baralhou todo o processo, deixando a porta aberta à decisão tomada pelo tribunal do condado de Douglas e agora validada pelo Supremo Tribunal do estado.

A nova lei exige às jovens com menos de 18 anos que assinem uma autorização e que apresentem uma autorização escrita de um dos pais ou dos seus tutores legais. E admite três excepções: uma emergência médica; provas de maus-tratos ou negligência em casa; e se um juiz considerar que a menor em causa não tem "maturidade e informação suficientes" para poder tomar uma decisão.

Quando foi ouvida pelo juiz Peter Bataillon, em Julho, a jovem estava grávida há dez semanas e argumentou que não tinha condições para ser "a mãe que gostaria de ser neste momento", já que tinha sido vítima de maus-tratos pelos seus pais biológicos, tinha criado os dois irmãos mais pequenos e fazia planos para concluir o liceu.

Para além disso, temia que a sua família de acolhimento — um casal de cristãos que se opõem ao aborto — não aceitasse uma eventual entrega para adopção do filho e usasse essa decisão para pôr os irmãos contra si.

Considerando que o pedido da menor não preenchia os requisitos legais objectivos do estado do Nebraska para ficar isenta da apresentação de uma autorização escrita (a jovem tinha sido vítima de maus-tratos, mas não pela sua actual família de acolhimento, e não se verificava uma emergência médica), o juiz Peter Bataillon negou a sua pretensão ao determinar que a jovem também não tinha "maturidade e informação suficientes" para decidir interromper a gravidez.

Entre várias considerações, o tribunal conclui que a menor "não apresentou provas de que compreendia as consequências emocionais e psicológicas de um aborto ou das implicações imediatas e a longo prazo desse procedimento".

#### De acordo com os registos do tribunal

(<http://www.supremecourt.ne.gov/sites/supremecourt.ne.gov/files/sc/opinions/s13-510009.pdf>), a jovem foi questionada sobre se compreendia que abortar significava "matar a criança que tinha dentro dela".

Agora, o Supremo Tribunal do Nebraska anunciou que manteve a decisão do tribunal do condado de Douglas, numa decisão com cinco votos a favor e dois contra.

Um dos juízes do Supremo do Nebraska que votou contra, William Connolly, considerou que o tribunal do condado de Douglas não tinha sequer autoridade para julgar este caso, já que a menor não tinha pais, pelo que não tinha também a opção de obter uma autorização parental. Ao aceitar o caso e decidir contra a pretensão da menor, disse Connolly, a jovem ficou num "limbo legal".

"A petionária não tem pais legais; o tribunal de menores retirou-lhes os direitos de paternidade. O seu tutor legal, o Departamento, não pode dar-lhe o consentimento, por questões regulamentares. E, apesar

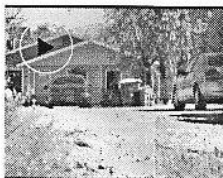
de o tribunal distrital lhe ter pedido para obter a autorização dos seus pais de acolhimento para realizar um aborto, esse consentimento não teria significado perante a lei porque eles não são pais nem tutores. Ela está num limbo legal – um dilema provocado pelas decisões dos legisladores", escreveu William Connolly na sua declaração de voto.

Este juiz – que foi acompanhado pelo colega Michael McCormack no voto contra a maioria do Supremo – disse ainda que a decisão pode levantar uma questão constitucional. "Esta conclusão significa que, segundo a lei do estado [do Nebraska], nenhuma das exceções é aplicável e que a requerente está proibida de realizar um aborto. Uma proibição absoluta do direito da requerente à realização de um aborto levanta, obviamente, preocupações constitucionais", escreveu o juiz.

Mas cinco dos sete juízes decidiram que o tema da custódia estava para além do processo que lhes foi pedido para analisar e consideraram válida a decisão de primeira instância, que considerou a família de acolhimento como tutora legal.

Num artigo publicado no *site* da organização sem fins lucrativos RH Reality Check, a professora de Direito Jessica Mason Pieklo [distribui culpas por todas as partes](http://rhrealitycheck.org/article/2013/10/06/in-denying-a-16-year-old-judicial-bypass-nebraska-supreme-court-creates-ban-on-abortions-for-minors-in-state-custody/) (<http://rhrealitycheck.org/article/2013/10/06/in-denying-a-16-year-old-judicial-bypass-nebraska-supreme-court-creates-ban-on-abortions-for-minors-in-state-custody/>). "O caso do Nebraska junta as piores influências da prática da lei sobre os mais vulneráveis: legisladores que se opõem ao direito à escolha aprovam medidas desenhadas para cortar o acesso aos cuidados, funcionários de agências estatais negligenciam o seu dever de cuidar das pessoas sob a sua custódia, e juízes com motivos ideológicos dispõem-se a dar a volta aos princípios da lei para justificarem as suas conclusões dogmáticas sem nenhum interesse por aqueles que têm de viver com essas decisões."

## OUTROS ARTIGOS



**Casal manteve três filhas em cativoiro durante dois anos nos EUA**

(<http://www.publico.pt/mundo/noticia/casal-manteve-tres-filhas-em-cativoiro-durante-dois-anos-nos-estados-unidos-1614251>)



**Republicanos pedem demissão de congressista do seu partido detido com cocaína**

(<http://www.publico.pt/mundo/noticia/republicanos-pedem-demissao-de-congressista-do-seu-partido-detido-com-cocaina-1613963>)



**Obama fica em casa e envia atletas gay à cerimónia de abertura dos jogos de Sochi**

(<http://www.publico.pt/mundo/noticia/obama-fica-em-casa-e-envia-atletas-gay-a-cerimonia-de-abertura-dos-jogos-de-sochi-1616748>)



**Maioria dos americanos quer o seu país longe dos problemas internacionais**

(<http://www.publico.pt/mundo/noticia/a-maioria-dos-americanos-quer-que-o-seu-pais-nao-se-envolva-nos-problemas-internacionais-1615013>)

## COMENTÁRIOS

**Anexo VIII** – Entrevista com Dr<sup>a</sup> Lucília Araújo – Médica Ginecologista e Obstetrícia

**Entrevista com:**  
**Dr<sup>a</sup> Lucília Araújo**  
**Médica Ginecologista e Obstetrícia**

1 – Na consulta prévia quem é que está presente?

Está a enfermeira, o médico e está a adolescente com a companhia, com alguém que se responsabilize, que tutela a jovem.

2 – Existe algum tipo de informação que é dada às menores que não é dada às outras grávidas de maiores?

Não, é só isso. Só dizer-lhe que ela não pode consentir sozinha, que tem de ter alguém a responsabilizar-se pela situação.

3 – Que medidas são tomadas quanto às menores para evitar gravidezes indesejadas?

Insistimos para que seja feito o planeamento familiar, e, na terceira consulta, que é habitualmente a última, fazemos uma contraceção que seja o mais eficaz possível. Portanto tentar a contraceção de longa duração dependendo depois do estrato social, da cultura e do apoio familiar que aquela jovem possa ter. Ou prescrevemos uma pílula ou o implante quando sabemos que a jovem pode eventualmente não tomar a pílula porque está inserida num ambiente social menos favorável.

4 – Quais as principais causas para as menores recorrerem a uma Interrupção Voluntária da Gravidez?

É serem jovens mesmo (risos), não ter situação de estabilidade afetiva, emocional, económica e geral.

5 – Como se processa o pedido de consentimento para a Interrupção Voluntária da Gravidez de uma menor?

Temos um documento que é preenchido e assinado pelo familiar ou o responsável pela jovem, faz parte de todo o processo da consulta.

6 – A opinião da menor é ouvida e levada em conta?

(Hum), é sempre ouvida mas habitualmente não é assim muito posta essa questão - eu estou a falar pela minha experiência pessoal - porque habitualmente nós fazemos a pergunta no inquérito: veio por vontade própria, foi o médico que mandou, porque é que quer fazer ou qual a razão, e habitualmente a jovem está de acordo com a mãe, raramente não está – que eu me recorde – não tenho assim nenhuma situação...

Mas sinto como médica que provavelmente existe uma pressão grande da família.

7 – São frequentes os casos de consentimento prestado que colidem com a vontade da menor?

Não, habitualmente a menor está assim numa espécie de situação que não percebe muito bem o que é que lhe aconteceu, é assim a maior parte.

(Hum) é raríssimo haver, mas já tive uma situação que essa queria levar a gravidez para a frente, ela engravidou, era menor, engravidou porque queria engravidar e prosseguiu a gravidez, não foi no contexto da IVG.

Porque há algumas que por razões culturais querem ficar grávidas, ou para provar alguma coisa, ou por alguma situação que nos passa ao lado em termos de companheiro.

7.1 – E nesse caso concordaram com a decisão da grávida?

Sim, sim

7.2 – Então não houve nenhum caso em particular em que o consentimento para a IVG tivesse colidido com a vontade da menor?

Não me recordo de ter havido nenhum caso, são sempre no mesmo sentido. Porque se não também nunca poderíamos fazer. Se houver discordância terá de entrar noutros trâmites, quer dizer nós não podemos fazer uma interrupção se as duas partes não estão de acordo.

A presença dos pais, ou da família ou do representante legal é no sentido de legalizar a situação da vontade da jovem, porque se não não é possível.

8 – Há alguma tentativa para que a menor e a pessoa que consente cheguem a um acordo?

Habitualmente quando chegam à nossa consulta já não temos muito esse papel. Já o nosso papel é mais médico e de intervenção no sentido de resolver a situação, claro com responsabilidade legal do representante mas nunca temos assim... Porque já vem pré-definido da consulta. Habitualmente a maior parte das grávidas já tiveram uma consulta extra: ou no centro de saúde ou vieram à urgência, entretanto já tiveram tempo de resolver - ou pelo menos eu não tenho essa experiência na consulta.

9 – O pai da criança é ouvido?

É ouvido, quer dizer se estiver presente é ouvido, se não estiver presente não é ouvido. Quem não está é porque não quer participar.

10 – Concorda com a nossa lei - facto de ela poder querer prosseguir com a gravidez mas, por exemplo os pais querem que ela interrompa ou vice-versa?

Mas eu penso que a lei não está feita no sentido de pressionar para interromper a gravidez, está porque esta é menor e não pode se responsabilizar por um ato que é tão importante como interromper uma gravidez que pode ter complicações.

10.1 – No caso de a menor querer interromper e os pais não quererem, ela não pode interromper a gravidez.

Pois não, porque tem de ter alguém que assuma a responsabilidade.

10.2 – Mas ao contrário a lei também não esclarece, por isso presume-se que caso a menor queira continuar com a gravidez mas os pais querem que interrompa ela tem de interromper.

(Hum), pois nunca se me pôs essa situação clínica, mas eu pessoalmente acho que nunca aceitava interromper a gravidez de uma jovem que não quisesse interromper, só porque... Não, não!

11 – Não haveria que se distinguir as causas do aborto? Por exemplo o caso de uma menor que foi violada e quer interromper a gravidez mas os pais não consentem.

A situação da violação tem um tratamento jurídico diferente para toda a gente. Se houver violação, e se for provado que houve violação já antes de haver legislação sobre a despenalização do aborto e a possibilidade de interromper voluntariamente, já na violação havia possibilidade de interromper a gravidez, qualquer fosse a idade, não tinha idade, a violação não tem idade!

Na violação tanto quanto eu sei, já tivemos situações que nos vinham através do tribunal, que nos passavam ao lado, nós fazíamos interrupções da gravidez por razões jurídicas em que era o tribunal que já tinha decidido que era uma violação e que se interrompia.

12 – Suponha que uma menor que foi violada e que tenha alguma afinidade com o agressor e não quer interromper a gravidez, mas os seus pais querem.

Se ela não quiser interromper não interrompe. Quer seja por violação quer não seja por violação. A Interrupção Voluntária da Gravidez só acontece se a própria decidir que quer. Se for por violação não precisa deste conceito, já vem orientada legalmente, se não for por violação, se for por vontade própria, sem haver uma causa legislada, só temos de respeitar a vontade da própria menor.

O representante legal está para se responsabilizar pelas complicações do ato e não para autorizar o ato!

13 – Caso uma menor se apresente nas instalações hospitalares desacompanhada de uma pessoa legalmente autorizada para prestar o consentimento para a I.V.G, quais são os procedimentos que são levados a cabo?

Não é possível, dizemos-lhe que tem de vir acompanhada. Marcamos-lhe outra consulta para ela se apresentar com o representante. Tem de ser tudo agilizado com o tempo de gravidez. Datamos primeiro e dizemos que tem “X” dias para decidir ou vem no dia “tal” e é possível ou então já não vem.

**Anexo IX** – Lei nº 16/2007 de 17 de abril

**ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA****Lei n.º 16/2007**

de 17 de Abril

**Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez**

A Assembleia da República decreta, nos termos da alínea c) do artigo 161.º da Constituição, o seguinte:

**Artigo 1.º****Alteração do Código Penal**

O artigo 142.º do Código Penal, com a redacção que lhe foi introduzida pelo Decreto-Lei n.º 48/95, de 15 de Março, e pela Lei n.º 90/97, de 30 de Julho, passa a ter a seguinte redacção:

## «Artigo 142.º

[...]

1 — Não é punível a interrupção da gravidez efectuada por médico, ou sob a sua direcção, em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da mulher grávida, quando:

- a) .....
- b) .....
- c) Houver seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, excepcionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo;
- d) .....
- e) For realizada, por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas de gravidez.

2 — A verificação das circunstâncias que tornam não punível a interrupção da gravidez é certificada em atestado médico, escrito e assinado antes da intervenção por médico diferente daquele por quem, ou sob cuja direcção, a interrupção é realizada, sem prejuízo do disposto no número seguinte.

3 — Na situação prevista na alínea e) do n.º 1, a certificação referida no número anterior circunscreve-se à comprovação de que a gravidez não excede as 10 semanas.

4 — O consentimento é prestado:

a) Nos casos referidos nas alíneas a) a d) do n.º 1, em documento assinado pela mulher grávida ou a seu rogo e, sempre que possível, com a antecedência mínima de três dias relativamente à data da intervenção;

b) No caso referido na alínea e) do n.º 1, 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.

5 — No caso de a mulher grávida ser menor de 16 anos ou psiquicamente incapaz, respectiva e sucessivamente, conforme os casos, o consentimento é prestado pelo representante legal, por ascendente ou descendente ou, na sua falta, por quaisquer parentes da linha colateral.

6 — Se não for possível obter o consentimento nos termos dos números anteriores e a efectivação da interrupção da gravidez se revestir de urgência, o médico decide em consciência face à situação, socorrendo-se, sempre que possível, do parecer de outro ou outros médicos.

7 — Para efeitos do disposto no presente artigo, o número de semanas de gravidez é comprovado ecograficamente ou por outro meio adequado de acordo com as *leges artis*.»

**Artigo 2.º****Consulta, informação e acompanhamento**

1 — Compete ao estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido onde se pratique a interrupção voluntária da gravidez garantir, em tempo útil, a realização da consulta obrigatória prevista na alínea b) do n.º 4 do artigo 142.º do Código Penal e dela guardar registo no processo próprio.

2 — A informação a que se refere a alínea b) do n.º 4 do artigo 142.º do Código Penal é definida por portaria, em termos a definir pelo Governo, devendo proporcionar o conhecimento sobre:

- 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 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.

3 — Para efeitos de garantir, em tempo útil, o acesso efectivo à informação e, se for essa a vontade da mulher, ao acompanhamento facultativo referido nas alíneas c) e d) do número anterior, os estabelecimentos de saúde, oficiais ou oficialmente reconhecidos, para além de consultas de ginecologia e obstetrícia, devem dispor de serviços de apoio psicológico e de assistência social dirigidos às mulheres grávidas.

4 — 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.

**Artigo 3.º****Organização dos serviços**

1 — O Serviço Nacional de Saúde deve organizar-se de modo a garantir a possibilidade de realização da interrupção voluntária da gravidez nas condições e nos prazos legalmente previstos.

2 — Os estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos em que seja praticada a interrupção voluntária da gravidez organizar-se-ão de forma adequada para que a mesma se verifique nas condições e nos prazos legalmente previstos.

## Artigo 4.º

## Providências organizativas e regulamentares

1 — O Governo adoptará as providências organizativas e regulamentares necessárias à boa execução da legislação atinente à interrupção voluntária da gravidez, designadamente por forma a assegurar que do exercício do direito de objecção de consciência dos médicos e demais profissionais de saúde não resulte inviabilidade de cumprimento dos prazos legais.

2 — Os procedimentos administrativos e as condições técnicas e logísticas de realização da interrupção voluntária da gravidez em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido são objecto de regulamentação por portaria do Ministro da Saúde.

## Artigo 5.º

## Dever de sigilo

Os médicos e demais profissionais de saúde, bem como o restante pessoal dos estabelecimentos de saúde, oficiais ou oficialmente reconhecidos, em que se pratique a interrupção voluntária da gravidez, ficam vinculados ao dever de sigilo profissional relativamente a todos os actos, factos ou informações de que tenham conhecimento no exercício das suas funções, ou por causa delas, relacionados com aquela prática, nos termos e para os efeitos dos artigos 195.º e 196.º do Código Penal, sem prejuízo das consequências estatutárias e disciplinares que no caso couberem.

## Artigo 6.º

## Objecção de consciência

1 — É assegurado aos médicos e demais profissionais de saúde o direito à objecção de consciência relativamente a quaisquer actos respeitantes à interrupção voluntária da gravidez.

2 — Os médicos ou demais profissionais de saúde que invoquem a objecção de consciência relativamente a qualquer dos actos respeitantes à interrupção voluntária da gravidez não podem participar na consulta prevista na alínea b) do n.º 4 do artigo 142.º do Código Penal ou no acompanhamento das mulheres grávidas a que haja lugar durante o período de reflexão.

3 — Uma vez invocada a objecção de consciência, a mesma produz necessariamente efeitos independentemente da natureza dos estabelecimentos de saúde em que o objector preste serviço.

4 — A objecção de consciência é manifestada em documento assinado pelo objector, o qual deve ser apresentado, conforme os casos, ao director clínico ou ao director de enfermagem de todos os estabelecimentos de saúde onde o objector preste serviço e em que se pratique interrupção voluntária da gravidez.

## Artigo 7.º

## Revogação

São revogadas as Leis n.ºs 6/84, de 11 de Maio, e 90/97, de 30 de Julho.

## Artigo 8.º

## Regulamentação

O Governo procede à regulamentação da presente lei no prazo máximo de 60 dias.

Aprovada em 8 de Março de 2007.

O Presidente da Assembleia da República, *Jaime Gama*.

Promulgada em 10 de Abril de 2007.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendada em 10 de Abril de 2007.

O Primeiro-Ministro, *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa*.

## MINISTÉRIO DOS NEGÓCIOS ESTRANGEIROS

## Aviso n.º 263/2007

Por ordem superior se torna público ter a Geórgia depositado junto do Secretário-Geral do Conselho da Europa, em 13 de Maio de 2004, o seu instrumento de ratificação da Convenção Relativa ao Branqueamento, Detecção, Apreensão e Perda dos Produtos do Crime, concluída em Estrasburgo em 8 de Novembro de 1990, tendo, em conformidade com o artigo 23.º da Convenção, declarado as seguintes autoridades encarregadas da aplicação da Convenção:

Sr. Nikoloz Gegutchadze, head of the Financial Monitoring Service of Georgia, National Bank of Georgia, 3/5 Leonidze str., Tbilisi 0105; telf.: (99532)923678/923348; fax: (99532)936941; e-mail: Nikag@fms.gov.ge;

Sr. Kakhaber Gurasashvili, head of the Division of the Management of Civil, Financial and Industrial Law, Legal Expertise of the Ministry of Justice of Georgia; telf.: (99532)758262;

Sr. Valeri Tsertsadze, head of the Legal Expertise Service of the Prosecutor General of Georgia; telf.: (99599)193489.

Portugal é Parte desta Convenção, aprovada, para ratificação, pela Resolução da Assembleia da República n.º 70/97, publicada no *Diário da República*, 1.ª série-A, n.º 287, de 13 de Dezembro de 1997, e ratificada pelo Decreto do Presidente da República n.º 73/97, publicado no *Diário da República*, 1.ª série-A, n.º 287, de 13 de Dezembro de 1997, tendo depositado o seu instrumento de ratificação em 19 de Outubro de 1998, conforme o Aviso n.º 17/99, publicado no *Diário da República*, 1.ª série-A, n.º 26, de 1 de Fevereiro de 1999.

A Convenção entrou em vigor para a Geórgia em 1 de Setembro de 2004.

Direcção-Geral de Política Externa, 21 de Fevereiro de 2007. — A Directora de Serviços das Organizações Políticas Internacionais, *Helena Alexandra Furtado de Paiva*.

ANEXOS

**Anexo X** – Portaria nº 741-A/2007 de 21 de junho

**MINISTÉRIO DA SAÚDE****Portaria n.º 741-A/2007**

de 21 de Junho

A Lei n.º 16/2007, de 17 de Abril, alterou o artigo 142.º do Código Penal, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 48/95, de 15 de Março, e alterado pela Lei n.º 90/97, de 30 de Julho, no sentido de passar a não ser punível a interrupção da gravidez realizada, por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas de gravidez.

Pela natureza da matéria e pelo circunstancialismo que levou à aprovação da referida lei, ficaram, desde logo, estabelecidos os princípios gerais e as normas imperativas a que deveria obedecer a interrupção da gravidez.

Contudo, 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, não foram imediatamente estatuídos, por serem de cariz técnico, devendo a sua definição ser fixada por portaria.

É, pois, esta definição que importa agora estabelecer, de modo a permitir a aplicação prática de tão importante alteração legislativa.

Assim:

Ao abrigo do disposto nos artigos 2.º, 4.º e 8.º da Lei n.º 16/2007, de 17 de Abril, manda o Governo, pelo Ministro da Saúde, o seguinte:

**CAPÍTULO I****Disposições gerais****Artigo 1.º****Objecto e âmbito de aplicação**

A presente portaria estabelece as medidas a adoptar nos estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos com vista à realização da interrupção da gravidez nas situações previstas no artigo 142.º do Código Penal.

**Artigo 2.º****Estabelecimentos de saúde**

A interrupção da gravidez pode ser efectuada nos estabelecimentos de saúde oficiais e nos estabelecimentos de saúde oficialmente reconhecidos.

**Artigo 3.º****Acesso**

1 — A mulher pode livremente escolher o estabelecimento de saúde oficial onde deseja interromper a gravidez, dentro dos condicionamentos da rede de referência aplicável.

2 — Os estabelecimentos de saúde oficiais de cuidados de saúde primários devem actuar de acordo com os protocolos estabelecidos pela respectiva unidade coordenadora funcional.

**Artigo 4.º****Consentimento livre e esclarecido**

O consentimento livre e esclarecido para a interrupção da gravidez é prestado pela mulher grávida, ou seu representante nos termos da lei, em documento escrito, normalizado, cujo modelo consta do anexo I a esta portaria, que dela faz parte integrante.

**Artigo 5.º****Presença de outra pessoa**

A mulher grávida pode fazer-se acompanhar por outra pessoa durante os actos e intervenções regulados pelo presente diploma, desde que seja essa a sua vontade.

**Artigo 6.º****Acompanhamento e apoio psicológico e social**

1 — Se for essa a vontade da mulher, deve ser disponibilizado o acesso atempado a acompanhamento por psicólogo ou por assistente social.

2 — Para garantir o disposto no número anterior, o conselho de administração do estabelecimento de saúde oficial, o responsável pelo estabelecimento oficial de cuidados de saúde primários ou o responsável pelo estabelecimento de saúde oficialmente reconhecido, conforme o caso, assegura a existência de profissionais com as competências necessárias e adequadas para prestar apoio às mulheres grávidas.

**Artigo 7.º****Urgência**

Os estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos para a realização da interrupção da gravidez que não disponham de serviço de urgência com atendimento permanente vinte e quatro horas por dia devem acordar, com, pelo menos, um estabelecimento de saúde de cuidados diferenciados que esteja a uma distância-tempo inferior a uma hora, a assistência médico-cirúrgica, sem reservas, às mulheres com complicações decorrentes da interrupção da gravidez.

**Artigo 8.º****Registo obrigatório**

1 — Todas as interrupções de gravidez, cirúrgicas ou medicamentosas, efectuadas ao abrigo do n.º 1 do artigo 142.º do Código Penal, são de declaração obrigatória à Direcção-Geral da Saúde, através do registo da interrupção da gravidez, cujo modelo consta do anexo II a esta portaria, que dela faz parte integrante.

2 — Os estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos onde se realize interrupção da gravidez devem solicitar à Direcção-Geral da Saúde o registo e a senha de acesso ao formulário electrónico para o cumprimento dessa obrigação.

3 — Os dados constantes do registo referido no n.º 1 são anónimos, confidenciais e têm apenas fins estatísticos de saúde pública.

**Artigo 9.º****Dados pessoais**

1 — A mulher presta autorização escrita quanto à utilização posterior dos seus dados pessoais relativos à interrupção da gravidez.

2 — Os dados pessoais que não façam parte do processo clínico nem tenham relevância do ponto de vista clínico devem ser destruídos no prazo de três meses a contar do dia da interrupção da gravidez.

#### Artigo 10.º

##### Dever de sigilo

Os médicos, outros profissionais de saúde e demais pessoas que trabalhem nos estabelecimentos de saúde onde se realize a interrupção da gravidez, ou que com eles colaborem, estão obrigados ao dever de sigilo relativamente a todos os actos, factos ou informações de que tenham conhecimento no exercício das suas funções, ou por causa delas.

#### Artigo 11.º

##### Cumprimento dos prazos

Em quaisquer circunstâncias, o conselho de administração do estabelecimento de saúde oficial, o responsável pelo estabelecimento oficial de cuidados de saúde primários ou o responsável pelo estabelecimento de saúde oficialmente reconhecido, conforme o caso, adoptam todas as providências necessárias ao cumprimento dos prazos previstos na lei para a interrupção da gravidez.

#### Artigo 12.º

##### Objecção de consciência

1 — A objecção de consciência prevista no artigo 6.º da Lei n.º 16/2007, de 17 de Abril, é manifestada em documento assinado pelo objector, cujo modelo indicativo consta do anexo III a esta portaria, que dela faz parte integrante.

2 — O documento referido no número anterior deve:

a) Ser apresentado, conforme os casos, ao director clínico, ao director de enfermagem ou ao responsável clínico do estabelecimento de saúde oficial, hospitalar ou de cuidados de saúde primários, ou oficialmente reconhecido, conforme o caso, onde o objector preste serviço;

b) Conter a indicação das alíneas do n.º 1 do artigo 142.º do Código Penal a que concretamente se refere a objecção.

3 — Os profissionais de saúde objectores de consciência devem assegurar o encaminhamento das mulheres grávidas que solicitem a interrupção da gravidez para os serviços competentes, dentro dos prazos legais.

4 — Os estabelecimentos de saúde oficiais em que a existência de objectores de consciência impossibilite a realização da interrupção da gravidez nos termos e prazos legais devem garantir a sua realização, adoptando, sob coordenação da administração regional de saúde territorialmente competente, as adequadas formas de colaboração com outros estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos e assumindo os encargos daí resultantes.

### CAPÍTULO II

#### Estabelecimentos de saúde oficiais

#### Artigo 13.º

##### Organização

1 — Os responsáveis pelos estabelecimentos de saúde oficiais de cuidados de saúde primários devem organizar

o acesso e a realização de interrupções da gravidez, nas situações previstas nas alíneas a) e e) do n.º 1 do artigo 142.º do Código Penal, de acordo com os protocolos estabelecidos pela respectiva unidade coordenadora funcional.

2 — Os conselhos de administração dos estabelecimentos de saúde oficiais com departamento ou serviço de ginecologia/obstetrícia, nos quais têm lugar as interrupções cirúrgicas da gravidez, devem:

a) Organizar o departamento ou serviço de ginecologia/obstetrícia com vista à realização de interrupções da gravidez nas situações previstas nas alíneas a) e e) do n.º 1 do artigo 142.º do Código Penal;

b) Estabelecer, sob coordenação da administração regional de saúde territorialmente competente, acordos de articulação com os cuidados de saúde primários, no âmbito das unidades coordenadoras funcionais.

3 — Compete ao conselho de administração do estabelecimento de saúde oficial garantir os procedimentos administrativos e as condições técnicas e logísticas apropriados à realização da interrupção da gravidez nas circunstâncias legalmente permitidas, assim como os meios necessários ao imediato acesso a um método contraceptivo após a interrupção, quando adequado.

### CAPÍTULO III

#### Estabelecimentos de saúde oficialmente reconhecidos

#### Artigo 14.º

##### Reconhecimento

1 — A Direcção-Geral da Saúde é a entidade competente para reconhecer a aptidão dos estabelecimentos de saúde para a realização da interrupção da gravidez.

2 — Compete à administração regional de saúde territorialmente competente a instrução do processo de reconhecimento e a verificação dos requisitos mínimos de que depende o reconhecimento dos estabelecimentos de saúde para a realização de interrupção da gravidez.

#### Artigo 15.º

##### Condições

1 — O reconhecimento referido no artigo anterior obedece às condições técnicas e logísticas definidas no anexo VI a esta portaria, que dela faz parte integrante.

2 — Sem prejuízo dos requisitos e procedimentos previstos na lei e na presente portaria, nomeadamente nos artigos 6.º, 16.º e 19.º, consideram-se reconhecidos:

a) Os estabelecimentos de saúde oficiais;

b) Os demais estabelecimentos de saúde que possuam bloco operatório e sala de recobro já licenciados e que declarem, junto da Direcção-Geral da Saúde, o cumprimento das disposições legais e regulamentares aplicáveis.

3 — A declaração referida na alínea b) do número anterior é afixada em local visível e acessível aos utentes do estabelecimento em causa.

## CAPÍTULO IV

## Interrupção da gravidez por opção da mulher

## Artigo 16.º

## Consulta prévia

1 — O conselho de administração do estabelecimento de saúde oficial, o responsável pelo estabelecimento oficial de cuidados de saúde primários ou o responsável pelo estabelecimento de saúde oficialmente reconhecido, conforme o caso, devem garantir a realização em tempo útil da consulta referida na alínea b) do n.º 4 do artigo 142.º do Código Penal e dela assegurar registo em processo próprio.

2 — Entre o pedido de marcação e a efectivação da consulta não deve decorrer um período superior a cinco dias, sem prejuízo do cumprimento dos prazos legais.

3 — No âmbito da consulta, o médico, ou outro profissional de saúde habilitado, deve prestar todas as informações e os esclarecimentos necessários à mulher grávida ou ao seu representante legal, tendo em vista uma decisão livre, consciente e responsável, designadamente sobre:

- a) O tempo da gravidez;
- b) Os métodos de interrupção adequados ao caso concreto;
- c) As eventuais consequências para a saúde física e psíquica da mulher;
- d) As condições de apoio que o Estado pode dar à prossecução da gravidez e à maternidade;
- e) A existência de um período obrigatório de reflexão;
- f) A disponibilidade de acompanhamento psicológico e por técnico de serviço social durante o período de reflexão;
- g) Os métodos contraceptivos.

4 — Os esclarecimentos referidos no número anterior devem, preferencialmente, ser acompanhados de informação escrita, desde que tecnicamente validada pelo Ministério da Saúde.

5 — O profissional de saúde que preste os esclarecimentos previstos no n.º 3 preenche a declaração que consta do anexo IV a esta portaria e que dela faz parte integrante.

6 — O documento normalizado para prestar o consentimento, previsto no anexo I a esta portaria, deve ser entregue à mulher grávida na consulta.

7 — Os atestados, relatórios e pareceres médicos legalmente exigidos devem ser obtidos em tempo útil à realização da interrupção da gravidez dentro dos prazos legalmente previstos.

## Artigo 17.º

## Comprovação da gravidez

A comprovação de que a gravidez não excede as 10 semanas é certificada por médico, diferente daquele por quem ou sob cuja direcção a interrupção é realizada, em documento normalizado, cujo modelo consta no anexo V a esta portaria, que dela faz parte integrante.

## Artigo 18.º

## Período de reflexão

1 — Entre a consulta prévia e a entrega do documento sobre o consentimento livre e esclarecido para a inter-

rupção da gravidez deve decorrer um período de reflexão não inferior a três dias.

2 — O documento a que se refere o número anterior pode ser entregue até ao momento da interrupção da gravidez.

## Artigo 19.º

## Interrupção da gravidez

1 — Após a comprovação da gravidez e após a entrega do documento sobre o consentimento livre e esclarecido para a interrupção da gravidez, assinado pela mulher grávida, o conselho de administração do estabelecimento de saúde oficial, o responsável pelo estabelecimento oficial de cuidados de saúde primários ou o responsável pelo estabelecimento de saúde oficialmente reconhecido, conforme o caso, devem assegurar que a interrupção da gravidez se realiza dentro dos prazos legais.

2 — Entre a entrega do documento sobre o consentimento livre e esclarecido para a interrupção da gravidez e a interrupção da gravidez não deve decorrer um período superior a cinco dias, salvo se a mulher solicitar um período superior, dentro do prazo legal.

3 — Os estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos devem garantir às mulheres que interrompam a gravidez:

- a) A prescrição de um método contraceptivo, desde que adequado;
- b) A marcação de uma consulta de saúde reprodutiva/planeamento familiar a realizar no prazo máximo de 15 dias após a interrupção da gravidez.

4 — Os estabelecimentos de saúde oficiais hospitalares podem estabelecer, sob coordenação da administração regional de saúde territorialmente competente, acordos de articulação com os cuidados de saúde primários, no âmbito das unidades coordenadoras funcionais, para garantir o seguimento posterior, em consulta de saúde reprodutiva/planeamento familiar, das mulheres que realizaram uma interrupção da gravidez.

5 — Os estabelecimentos de saúde oficialmente reconhecidos podem solicitar à administração regional de saúde territorialmente competente a indicação de estabelecimentos de saúde oficiais que garantam o seguimento posterior, em consulta de saúde reprodutiva/planeamento familiar, das mulheres que realizaram uma interrupção da gravidez.

## CAPÍTULO V

## Interrupção da gravidez por grave doença ou malformação congénita do feto ou fetos inviáveis

## Artigo 20.º

## Comissões técnicas de certificação

1 — A certificação da situação prevista na alínea c) do n.º 1 do artigo 142.º do Código Penal compete à comissão técnica, criada em cada estabelecimento de saúde oficial que realize interrupções da gravidez.

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

3 — Da comissão técnica fazem parte, obrigatoriamente, um obstetra/ecografista, um neonatologista e, sempre que possível, um geneticista, sendo os restantes membros necessariamente possuidores de conhecimentos adequados para a avaliação das circunstâncias que tornam não punível a interrupção da gravidez.

4 — A comissão técnica pode, sempre que necessário, solicitar o parecer de outros técnicos ou peritos.

5 — A comissão técnica reúne:

a) Mediante convocação do presidente, sempre que necessário;

b) Obrigatória e imediatamente, após a recepção dos atestados, relatórios, pareceres médicos e documento normalizado de consentimento.

6 — A comissão técnica deve prestar os esclarecimentos pertinentes à mulher grávida ou seu representante legal.

7 — Ao funcionamento da Comissão técnica aplica-se o disposto no Código do Procedimento Administrativo quanto aos órgãos colegiais.

## CAPÍTULO VI

### Disposições finais e transitórias

#### Artigo 21.º

##### Comunicação

1 — O conselho de administração do estabelecimento de saúde oficial, o responsável pelo estabelecimento oficial de cuidados de saúde primários ou o responsável pelo estabelecimento de saúde oficialmente reconhecido, conforme o caso, devem designar um responsável por contactar com a Direcção-Geral da Saúde e com a administração regional de saúde territorialmente competente, quanto aos assuntos respeitantes à interrupção da gravidez.

2 — O conselho de administração do estabelecimento de saúde oficial deve comunicar à Direcção-Geral da Saúde e à administração regional de saúde territorialmente competente, no prazo de 15 dias a contar da entrada em vigor desta portaria, o responsável designado nos termos do número anterior.

3 — O responsável pelo estabelecimento de saúde oficialmente reconhecido deve comunicar à Direcção-Geral da Saúde e à administração regional de saúde territorialmente competente, com a antecedência de 15 dias relativamente ao início dos processos com vista à realização da interrupção da gravidez, o responsável designado nos termos do n.º 1.

4 — O conselho de administração do estabelecimento de saúde oficial deve informar a Direcção-Geral da Saúde e a administração regional de saúde territorialmente competente, no prazo de 15 dias, sobre:

a) A forma de acesso ao processo de interrupção da gravidez;

b) Os horários da consulta prévia.

#### Artigo 22.º

##### Sítio da Internet

A Direcção-Geral da Saúde disponibiliza, no seu sítio da Internet, uma área destinada à interrupção da gravidez com os seguintes campos:

a) Lista actualizada dos estabelecimentos de saúde oficiais e oficialmente reconhecidos que realizam interrupção da gravidez e respectivos contactos;

b) Informação sobre a forma de iniciar o processo de interrupção da gravidez;

c) Formulários e documentos normalizados;

d) Legislação aplicável.

#### Artigo 23.º

##### Auditoria, inspecção e fiscalização

1 — Compete à Inspecção-Geral das Actividades em Saúde a realização de auditorias, de inspecções e de fiscalizações aos estabelecimentos de saúde oficialmente reconhecidos onde se realize interrupção da gravidez.

2 — A Inspecção-Geral das Actividades em Saúde deve comunicar à administração regional de saúde territorialmente competente e à Direcção-Geral da Saúde a instauração dos processos relativos aos estabelecimentos de saúde oficialmente reconhecidos onde se realize interrupção da gravidez, bem como a respectiva conclusão.

#### Artigo 24.º

##### Entrada em vigor

A presente portaria entra em vigor no dia 15 de Julho de 2007.

O Ministro da Saúde, *António Fernando Correia de Campos*, em 19 de Junho de 2007.

#### ANEXO I

#### Consentimento livre e esclarecido para a interrupção da gravidez

(previsto no artigo 4.º — a integrar o processo clínico)

Estabelecimento de saúde \_\_\_\_\_

Eu \_\_\_\_\_ com o processo clínico n.º \_\_\_\_\_, venho declarar, de acordo com o n.º 4 do artigo 142º do Código Penal, que fui devidamente informada e que estou esclarecida sobre as condições em que vai ser realizada, no meu caso, a interrupção da gravidez e os procedimentos e eventuais consequências para a minha saúde inerentes à sua realização. Assim:

- Confirmando que tive a possibilidade de colocar todas as questões que pretendia e que as explicações que me foram fornecidas foram suficientemente claras para permitir a minha livre decisão;
- Confirmando que estou esclarecida sobre as consequências da interrupção da gravidez e que tenho consciência da possibilidade de ocorrerem complicações e de vir a ser necessária a realização de actos diferentes daqueles inicialmente propostos;
- Autorizo, nas circunstâncias acima referidas, que sejam efectuados todos os actos médicos indicados.
- Confirmando que fui informada sobre a importância, para a minha saúde, de seguir as recomendações e prescrições médicas no período pré e pós interrupção da gravidez, assim como de comparecer nas consultas que me forem indicadas.
- Autorizo a utilização posterior dos meus dados pessoais relativos à interrupção da gravidez, para os efeitos previstos na lei.

A preencher nas situações de interrupção da gravidez por opção da mulher, nos termos da alínea c) do n.º 1 do artigo 142º do Código Penal.

- Confirmando que fui informada sobre as condições de apoio que o Estado pode dar à prossecução da gravidez e à maternidade;
- Confirmando 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;

Como me foi explicado, esta interrupção da gravidez:

- Constitui o único meio de remover perigo de morte ou de grave e irreversível lesão para o meu corpo ou para a minha saúde física ou psíquica
- Está indicada para evitar perigo de morte ou de grave e duradoura lesão para o meu corpo ou para a minha saúde física ou psíquica e vai ser realizada nas primeiras 12 semanas de gravidez

Pretendo a interrupção da minha gravidez e autorizo a utilização do seguinte procedimento:

- Cirúrgico com anestesia local
- Cirúrgico com anestesia geral
- Medicamentoso
- Medicamentoso seguido de cirúrgico

- Está indicada porque há seguros motivos para prever que o meu feto virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita e vai ser realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez.
- Está indicada porque o feto é inviável.
- Será efectuada porque a gravidez resultou de crime contra a minha liberdade e autodeterminação sexual e vai ser realizada nas primeiras 16 semanas de gravidez
- Será efectuada por minha opção e vai ser realizada nas primeiras 10 semanas de gravidez

Nome (em maiúsculas) \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*(Preencher em caso de menor de 16 anos ou mulher psicologicamente incapaz)*

Nome do representante legal, do ascendente, do descendente ou do parente na linha colateral (artigo 142.º, n.º 5 do Código Penal) \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ANEXO II**

**Registo da interrupção da gravidez**

(previsto no artigo 8.º)

Os dados contidos neste registo são anónimos e não podem ser tornados públicos de forma individualizada em nenhuma circunstância. Serão utilizados apenas com fins estatísticos de saúde pública.

Motivo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Único meio de remover perigo de morte ou grave lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da grávida	Evitar perigo de morte ou grave e duradoura lesão para a saúde física ou psíquica da grávida	Grave doença ou malformação congénita do nascituro	Gravidez resultante de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual	Por opção da mulher	Encaminhamento do Centro de Saúde	Encaminhamento do Hospital Público	Encaminhamento de clínica/médico privado	Iniciativa própria	Outro

**A. Dados da utente**

Idade

Nacionalidade

1 Portuguesa

2 Outra

Se outra Nacionalidade, Qual?

Distrito de Residência

Concelho de Residência

Vive em Casal

1 Sim

2 Não

Estado Civil

1 Solteira

2 Casada

3 Viúva

4 Divorçada

5 Separada

Nível de Instrução Concluído

1	Não Sabe Ler Nem Escrever
2	Sabe Ler Sem Ter Frequentado A Escola
3	Ensino Básico – 1.º Ciclo
4	Ensino Básico – 2.º Ciclo
5	Ensino Básico – 3.º ciclo
6	Ensino Secundário
7	Ensino Superior

Situação Laboral

Grávida	Companheiro (caso exista)
1	Quadros Superiores Da Administração Pública, Dirigentes E Quadros Superiores De Empresa
2	Especialistas Das Profissões Intelectuais E Científicas
3	Técnicos E Profissionais De Nível Intermediário
4	Pessoal Administrativo, Serviços E Similares
5	Agricultores, operários, artífices e outros trabalhadores qualificados
6	Forças militares e militarizadas
7	Trabalhadores não qualificados
8	Trabalho doméstico não remunerado
9	Estudante
0	Desempregado

N.º de Filhos

Ano do último parto (aaaa)

N.º Interrupções da Gravidez Anteriores

Ano da última interrupção da gravidez (aaaa)

No último ano esteve numa consulta para a utilização ou controlo de métodos contraceptivos?

	1 Sim	2 Não	[se sim] Especifique:	
1			Público – Centro de Saúde	3 Privado
2			Público – Hospital	4 Outro

**B. Dados da intervenção**

Dias de espera para a consulta médica

Data da consulta médica

Data da intervenção/medicação inicial

Semanas de gestação no momento da intervenção

Procedimento utilizado na interrupção da gravidez:

1	Cirúrgico com anestesia local
2	Cirúrgico com anestesia geral
3	Medicamentoso
4	Outro

**C. Contraceção após interrupção da gravidez**

Método contraceptivo prescrito após a interrupção da gravidez

1	DIU
2	Implante
3	Hormonal oral ou injectável
4	Laqueação de trompas
5	Outro
6	Nenhum

**Instruções de preenchimento**

A ficha de registo da interrupção da gravidez é anónima, confidencial e de preenchimento obrigatório no estabelecimento de saúde. Todas as interrupções de gravidez com enquadramento legal realizadas nos estabelecimentos oficiais e oficialmente reconhecidos devem ser alvo deste registo. Deve ser dado conhecimento à mulher da necessidade do registo da interrupção da gravidez, dos dados a recolher e dos fins a que se destina, sublinhando a preservação do anonimato e confidencialidade da informação prestada.

A ficha de registo deve ser preenchida após a intervenção cirúrgica ou após a administração da 1.ª dose da medicação, quando se trate de interrupção medicamentosa da gravidez. Cada estabelecimento de saúde deve, até ao dia 20 de cada mês, proceder ao registo *online* das intervenções realizadas no mês anterior.

A) Dados da utente (em cada campo, registar apenas uma das opções de resposta):

Nacionalidade — se outra nacionalidade, especifique qual.

Vive em casal — apenas as situações de coabitação devem ser registadas como sim.

Situação laboral da grávida — registar apenas a situação laboral principal (em caso de pluriemprego).

Situação laboral do companheiro — registar caso exista companheiro (independentemente de haver ou não coabitação); registar apenas a situação laboral principal (em caso de pluriemprego).

Número de filhos — registar o número de filhos vivos ou falecidos (quando não houver registar 0).

No último ano esteve numa consulta para a utilização ou controlo de métodos contraceptivos — registar apenas como sim os casos em que houve consulta; se sim, especificar o(s) tipo(s) de serviço a que recorreu.

**B) Dados da intervenção:**

Dias de espera para a consulta médica — registar em dias o período que mediou a marcação e a efectivação da consulta médica prévia à interrupção da gravidez.

Data da consulta médica — registar a data em que decorreu a consulta médica prévia à interrupção da gravidez.

Data da intervenção/medicação inicial — registar a data da intervenção ou, quando o procedimento utilizado foi medicamentoso, registar a data da medicação inicial.

Semanas de gestação no momento da intervenção — registar as semanas de gestação na data da intervenção cirúrgica ou da 1.ª dose da medicação.

Procedimento utilizado na interrupção da gravidez — registar apenas uma das opções de resposta.

**C) Contraceção após interrupção da gravidez:**

Método contraceptivo — assinalar as opções de resposta 1, 2, 3 ou 4 apenas quando um destes métodos foi iniciado de imediato ou fornecido pelos serviços para início de toma na altura correcta; a opção 5 corresponde a outros métodos contraceptivos ou quando se trata de prescrição através de receita médica.

**ANEXO III**

**Objecção de consciência**

(modelo indicativo previsto no artigo 12.º, n.º 1)

Nome \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cédula profissional n.º \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tenho conhecimento da minha obrigação de prestar a assistência necessária às mulheres cuja saúde esteja comprometida ou em risco, em situações decorrentes da interrupção da gravidez.

Tenho conhecimento da minha obrigação de encaminhar as mulheres grávidas que solicitem a interrupção da gravidez para os serviços competentes, dentro dos prazos legais.

Tenho conhecimento de que me encontro impossibilitado de participar na consulta prévia e no acompanhamento das mulheres grávidas durante o período de reflexão.

Assinatura \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Notas**

Este documento deve ser apresentado, conforme os casos, ao director clínico, ao director de enfermagem ou ao responsável clínico do estabelecimento de saúde oficial, hospitalar ou de cuidados de saúde primários, ou oficialmente reconhecido, conforme o caso, onde o objector preste serviço.

O objector deve especificar expressamente quais as alíneas do n.º 1 do artigo 142.º do Código Penal a que

concretamente se refere a objecção, ou seja, deve explicitar se se refere à alínea *a*) («*a*) Constituir o único meio de remover perigo de morte ou de grave e irreversível lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida;»), à alínea *b*) («*b*) Se mostrar indicada para evitar perigo de morte ou de grave e duradoura lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida e for realizada nas primeiras 12 semanas de gravidez;»), à alínea *c*) («*c*) Houver seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, excepcionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo;»), à alínea *d*) («*d*) A gravidez tenha resultado de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual e a interrupção for realizada nas primeiras 16 semanas;») ou à alínea *e*) («*e*) For realizada, por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas de gravidez.»), ou a várias, especificando sempre a quais.

**ANEXO IV**

**Informações e esclarecimentos prestados na consulta prévia**

(declaração prevista no artigo 16.º, n.º 5)

Confirmo que, no âmbito da consulta prévia, realizada no estabelecimento de saúde \_\_\_\_\_ em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, informei a grávida \_\_\_\_\_

ou o representante legal, o ascendente, o descendente ou o parente na linha colateral \_\_\_\_\_

de forma adequada e compreensível, do significado da interrupção da gravidez, assim como dos seus possíveis riscos e complicações.

Nome (em maiúsculas) \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

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

**ANEXO V**

**Certificado de comprovação do tempo de gestação**

(previsto no artigo 17.º — a integrar o processo clínico)

Estabelecimento de saúde \_\_\_\_\_

A preencher antes da intervenção

Eu \_\_\_\_\_ (em maiúsculas), observei a Sra. \_\_\_\_\_, com o Processo clínico n.º \_\_\_\_\_, e atesto, de acordo com ecografia realizada a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, que a gravidez, nesta data, não excede as 10 semanas de gestação.

Etiqueta identificativa do médico/a

Assinatura \_\_\_\_\_

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

## ANEXO VI

## Reconhecimento da aptidão de estabelecimento de saúde para a realização da interrupção da gravidez

## I

## Disposições gerais

## Artigo 1.º

## Reconhecimento da aptidão

O reconhecimento da aptidão de um estabelecimento de saúde para a realização da interrupção da gravidez depende do cumprimento dos requisitos exigíveis em matéria de instalações, equipamentos, organização e funcionamento.

## Artigo 2.º

## Qualidade e segurança

Os estabelecimentos de saúde onde se realize interrupção da gravidez devem dispor de sistemas de promoção e garantia da qualidade que permitam a prestação de cuidados de saúde personalizados e de elevado nível de qualidade.

## Artigo 3.º

## Pedido de reconhecimento

1 — O pedido de reconhecimento de estabelecimentos de saúde para a realização de interrupção da gravidez deve ser efectuado mediante apresentação de requerimento dirigido ao director-geral da Saúde.

2 — Do requerimento devem constar:

a) Elementos que comprovem a existência de meios, próprios ou contratados, que assegurem o cumprimento do disposto nos artigos 6.º, 16.º e 19.º da portaria que estabelece as medidas a adoptar nos estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos com vista à realização da interrupção da gravidez nas situações previstas no artigo 142.º do Código Penal;

b) A denominação social ou o nome e demais elementos identificativos do requerente;

c) A indicação da sede ou residência;

d) O número fiscal de contribuinte;

e) A localização do estabelecimento e a sua designação;

f) A identificação do responsável clínico.

3 — O requerimento é acompanhado pelos seguintes documentos:

a) Cópia do cartão de identificação de pessoa colectiva ou do bilhete de identidade do requerente e do cartão de contribuinte;

b) Certidão actualizada do registo comercial, caso se trate de uma sociedade comercial;

c) Meios humanos a disponibilizar;

d) Projecto de instalação, assinado por técnico devidamente habilitado.

## Artigo 4.º

## Responsável clínico

1 — Os estabelecimentos de saúde onde se realize a interrupção da gravidez devem dispor de um responsável clínico, médico especialista, inscrito no Ordem dos Médicos, com habilitação e formação adequadas.

2 — Compete ao responsável clínico:

a) Elaborar o regulamento interno do estabelecimento de saúde e zelar pelo seu cumprimento;

b) Designar, de entre os profissionais com habilitação e formação adequadas, o seu substituto nas suas ausências ou impedimentos, caso se revele necessário;

c) Zelar pelo cumprimento dos preceitos legais, deontológico e éticos;

d) Garantir a qualidade dos cuidados de saúde prestados.

## Artigo 5.º

## Pessoal

1 — Os estabelecimentos de saúde onde se realize a interrupção da gravidez devem dispor de pessoal técnico qualificado, necessário ao desempenho das funções para que estão reconhecidos.

2 — Os estabelecimentos de saúde devem facultar a relação do seu pessoal, incluindo as respectivas categorias profissionais, habilitações e descrição de funções, nos termos da legislação em vigor.

## Artigo 6.º

## Alterações relevantes de funcionamento

A transferência de titularidade ou a cessão de exploração, total ou parcial, bem como a alteração do responsável clínico do estabelecimento de saúde onde se realize a interrupção da gravidez, devem ser comunicadas à Direcção-Geral da Saúde e à administração regional de saúde territorialmente competente no prazo de 30 dias.

## Artigo 7.º

## Recurso a serviços contratados

1 — Os estabelecimentos de saúde onde se realize a interrupção da gravidez podem recorrer a serviços de terceiros, no âmbito do diagnóstico, do tratamento ou de outros meios indispensáveis à prestação de cuidados, incluindo, nomeadamente, consultas de ginecologia/obstetrícia, bem como apoio psicológico e social.

2 — Os serviços de terceiros podem ainda assegurar o tratamento de roupa, o fornecimento de refeições, de gases medicinais e produtos esterilizados, e a gestão dos resíduos hospitalares, quando tais serviços se encontrem, nos termos da legislação em vigor, licenciados ou acreditados para o efeito.

3 — Quando os serviços referidos no número anterior não forem contratados, deve existir no estabelecimento de saúde oficialmente reconhecido uma área específica e o equipamento adequado para esse fim, nos termos da legislação em vigor.

## Artigo 8.º

## Processos clínicos

1 — Nos estabelecimentos de saúde onde se realize a interrupção da gravidez é obrigatória a existência de registo de todas as utentes, que garanta a confidencialidade dos processos clínicos.

2 — Do processo clínico das utentes devem constar, designadamente, o documento do consentimento para a interrupção da gravidez, o certificado de comprovação do tempo de gestação e a declaração prevista no n.º 5 do artigo 16.º da portaria que estabelece as medidas a adoptar nos estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos com vista à realização da interrupção da gravidez nas situações previstas no artigo 142.º do Código Penal.

#### Artigo 9.º

##### Implantação do edifício e espaço envolvente

Os estabelecimentos de saúde onde se realize a interrupção da gravidez devem situar-se em meios físicos adequados e com boas condições ambientais, de fácil acessibilidade e que disponham de infra-estruturas básicas.

#### Artigo 10.º

##### Normas genéricas de segurança

1 — Os acabamentos utilizados nos compartimentos dos estabelecimentos de saúde onde se realize a interrupção da gravidez devem permitir a manutenção de um grau de assepsia compatível com os serviços neles prestados.

2 — A actividade dos estabelecimentos de saúde onde se realize a interrupção da gravidez deve respeitar os requisitos seguintes:

- a) Segurança das pessoas e bens;
- b) Segurança do funcionamento e manuseamento dos equipamentos.

3 — Os estabelecimentos de saúde onde se realize a interrupção da gravidez devem dispor de planos e programas de manutenção de instalações e equipamentos.

#### Artigo 11.º

##### Abastecimento de água

1 — Os estabelecimentos de saúde onde se realize a interrupção da gravidez devem ser abastecidos de água, em permanência, pela rede do sistema público.

2 — Podem ser instalados depósitos de reserva de água, quando as entidades gestoras dos respectivos sistemas públicos de distribuição não possam garantir o abastecimento permanente em condições adequadas de caudal e de pressão.

#### Artigo 12.º

##### Instalações e equipamento sanitário

Os estabelecimentos de saúde onde se realize a interrupção da gravidez devem, em cada serviço e compartimento funcionalmente diferenciado, ser dotados de equipamentos ou instalações sanitárias que garantam adequadas condições de higiene e assepsia.

#### Artigo 13.º

##### Urgência

Os estabelecimentos de saúde onde se realize a interrupção da gravidez que não disponham de serviço de urgência com atendimento permanente vinte e quatro horas por dia devem acordar, com, pelo menos, um estabelecimento de saúde de cuidados diferenciados que esteja a uma distância-tempo inferior a uma hora, a assistência médico-cirúrgica, sem reservas, às mulheres com complicações decorrentes da interrupção da gravidez.

## II

### Interrupção cirúrgica da gravidez

#### Artigo 14.º

##### Pessoal

Os estabelecimentos de saúde onde se realize a interrupção cirúrgica da gravidez devem dispor de, pelo

menos, um especialista em ginecologia/obstetrícia, inscrito na Ordem dos Médicos.

#### Artigo 15.º

##### Instalação e equipamentos

1 — Os estabelecimentos de saúde onde se realize a interrupção cirúrgica da gravidez podem ficar instalados em partes de edifícios, desde que:

- a) Cumpram as condições técnicas exigidas;
- b) Sejam independentes dos demais ocupantes do edifício.

2 — Os estabelecimentos de saúde onde se realize a interrupção cirúrgica da gravidez devem dispor das instalações e equipamentos previstos nos quadros n.ºs 1, 2 e 3.

#### Artigo 16.º

##### Desinfecção e esterilização

1 — Os estabelecimentos de saúde onde se realize a interrupção cirúrgica da gravidez devem preferencialmente utilizar material descartável.

2 — A desinfecção e esterilização dos materiais e equipamentos utilizados quando se trate de material não descartável tem de ser garantida, pelo menos, com recurso a:

- a) Máquina de lavagem e desinfecção de material cirúrgico em zona de descontaminação de material;
- b) Autoclave de esterilização, a vapor, com ciclo incluindo pré-vácuo, de capacidade adequada e instalado na zona de preparação de material.

#### Artigo 17.º

##### Resíduos hospitalares

Os estabelecimentos de saúde onde se realize a interrupção cirúrgica da gravidez devem assegurar, por si ou com recurso a serviços de terceiros, a organização e gestão global dos resíduos sólidos hospitalares.

#### Artigo 18.º

##### Climatização

Os estabelecimentos de saúde onde se realize a interrupção cirúrgica da gravidez devem ser dotados de equipamentos de climatização que garantam adequadas condições de conforto, higiene, assepsia e qualidade do ar interior.

#### Artigo 19.º

##### Qualidade da água

Os estabelecimentos de saúde onde se realize a interrupção cirúrgica da gravidez devem proceder ao controlo e garantia da qualidade da água nos pontos de consumo e, caso existam, nos depósitos de reserva.

#### Artigo 20.º

##### Águas residuais domésticas

Os estabelecimentos de saúde que não se encontrem ligados a sistemas públicos de drenagem de águas residuais devem possuir estações de tratamento de águas residuais domésticas.

## Artigo 21.º

## Produção própria de energia eléctrica

1 — Os estabelecimentos de saúde onde se realize a interrupção cirúrgica da gravidez devem possuir uma fonte central independente de produção de energia eléctrica que assegure o fornecimento continuado de energia eléctrica em caso de falhas ou perturbações da rede pública de distribuição.

2 — A fonte geradora a que se refere o número anterior deve assegurar a alimentação das instalações e equipamentos essenciais ao funcionamento do estabelecimento.

3 — Sem prejuízo da existência da fonte geradora prevista no n.º 1 deste artigo, os estabelecimentos de saúde onde se realize a interrupção cirúrgica da gravidez devem possuir sistemas que garantam a alimentação de energia eléctrica sem interrupção, por um período mínimo de quinze minutos, para iluminação geral e tomadas de corrente, bem como alimentação de socorro apropriada nos gabinetes de tratamento e no sector cirúrgico.

## Artigo 22.º

## Elevadores

1 — Os estabelecimentos de saúde onde se realize a interrupção cirúrgica da gravidez que tenham mais de um piso para atendimento de utentes, ou que não se encontrem em piso com acesso ao exterior, devem dispor de elevadores, sendo pelo menos um com cabina de dimensões interiores mínimas de 1,40 m de comprimento, 1,10 m de largura e 2,10 m de altura.

2 — As portas dos elevadores devem ser automáticas e dispor de célula fotoeléctrica.

## Artigo 23.º

## Sistema de sinalização de chamadas ou alarme

1 — Os estabelecimentos de saúde onde se realize a interrupção cirúrgica da gravidez devem dispor de sistemas que permitam a sinalização de chamada ou alarme nos seguintes locais:

- a) Instalações sanitárias;
- b) Salas de operações;
- c) Postos de recobro.

2 — Os sistemas referidos no número anterior devem garantir a visualização da efectivação da chamada ou alarme a partir do local onde são activados e o seu cancelamento só pode ser efectuado nesse local.

3 — Os sistemas têm de garantir que a chamada de pessoal pelas doentes seja activada junto à cama ou posto de recobro.

## Artigo 24.º

## Segurança das instalações e equipamentos eléctricos

1 — Nas salas de operações e nas salas de recobro tem de ser usado um sistema de distribuição de energia em regime de neutro isolado.

2 — Os sistemas de neutro isolado têm de estar associados a sistemas de monitorização de falha de isolamento, dotados de dispositivo de teste e alarme e painel repetidor localizado dentro dos compartimentos referidos no número anterior.

3 — Nos compartimentos referidos no n.º 1 deste artigo deve ser instalada uma ligação equipotencial suplementar, interligando todas as partes condutoras simultaneamente acessíveis, quer se trate de massas dos equipamentos fixos, quer dos elementos condutores, devendo todos os condutores de protecção de todos os equipamentos, incluindo os das fichas e os das tomadas, estar ligados a este sistema equipotencial.

## Artigo 25.º

## Gases medicinais e aspiração

1 — Os estabelecimentos de saúde onde se realize a interrupção cirúrgica da gravidez devem ser dotados de instalações fixas de gases medicinais e de aspiração.

2 — Os requisitos mínimos a que devem obedecer as instalações de gases medicinais e de aspiração são as descritas no quadro n.º 4.

## Artigo 26.º

## Serviço de alimentação

Os estabelecimentos de saúde onde se realize a interrupção cirúrgica da gravidez têm de assegurar, por si só ou com recurso a serviços de terceiros, o fornecimento de refeições ligeiras às utentes.

## Artigo 27.º

## Serviço de tratamento de roupa

Os estabelecimentos de saúde onde se realize a interrupção cirúrgica da gravidez devem assegurar, preferencialmente com recurso a serviços de terceiros, o tratamento de roupa.

## Artigo 28.º

## Equipamentos frigoríficos

Os estabelecimentos de saúde onde se realize a interrupção cirúrgica da gravidez devem dispor dos equipamentos frigoríficos de modelo próprio para conservação de medicamentos, com registo de temperatura e alarme.

## QUADRO 1

Interrupção cirúrgica da gravidez  
Instalações

Designação	Características
<b>Sector de acolhimento</b>	
Recepção/secretaria	Secretaria com zona de atendimento ao público
Zona de espera	Para doentes e acompanhantes junto à recepção/secretaria
Gabinete de consulta/observação/tratamento	Para avaliação pré-operatória, observação e preparação de doentes e tratamentos no pós-operatório
Vestiário de doentes	Para troca de roupa, com cacifos
Vestiário de pessoal	Para troca de roupa, com cacifos e instalação sanitária com chuveiros
<b>Sector cirúrgico</b>	
Zona de desinfecção de pessoal	Em área aberta
Sala de operações	Para intervenções cirúrgicas, com a área mínima de 20 m <sup>2</sup> e com a largura mínima de 4,5 m

Designação	Características
<b>Sector de recuperação</b>	
Sala de recuperação	Recuperação pós operatória e final, com cortinas separadoras
Posto de controlo	Controlo dos doentes com bancada de trabalho de enfermagem, no interior da sala
Sala de lavagem, desinfecção e esterilização de arrastadeiras, caso este material não seja descartável (1)	
Sala de sujos e despejos (1)	Para sacos de roupa suja e de resíduos, despejos, lavagem e desinfecção de material clínico e de enfermagem e para máquina de eliminação de arrastadeiras descartáveis
Zona de roupa limpa	
Zona de material clínico (1)	
Zona de material de consumo (1)	
<b>Sector de apoio</b>	
Copa	Preparação de refeições ligeiras
Sala de lavagem, desinfecção e esterilização	Apoio à sala de operações
Zona de medicamentos	Com possível arrumação em armário próprio
Zona de produtos esterilizados	Com possível arrumação em armário próprio
Sala de equipamento	Para material e equipamento
Transfer de material	Entrada de material vindo do exterior do bloco operatório

(1) Comum ao sector de recuperação e sector de apoios, consoante a dimensão da unidade.

**QUADRO 2**  
**Interrupção cirúrgica da gravidez**  
**Equipamentos**

Designação	Equipamento médico	Qt.	Equipamento geral	Qt.
<b>Sector de acolhimento</b>				
Gabinete de consulta/observação/tratamento	Candeeiro de observação	1	Marquesa de tratamentos ou divã de observação	1
	Estetoscópio	1	Balança de plataforma	1
	Esfigmomanómetro	1		
	Electrocardiógrafo	1		
	Neqatoscópio	1		
<b>Sector cirúrgico</b>				
Sala de operações	Mesa operatória	1		
	Equipamento de anestesia, com circuito anestésico com ligação obrigatória ao sistema de extracção de gases anestésicos	1		
	Candeeiro cirúrgico de tecto de cúpula, com iluminância >= a 50.000 lux	1		
	Equipamento de monitorização de: ECG, frequência cardíaca, SpO2 e CO2	1		
	Electrobisturi	1		
	Desfibrilhador	1		
<b>Sector de recuperação</b>				
Sala de Recuperação	Carro de emergência, com monitor/desfibrilhador, aspiração, material de intubação traqueal, equipamento de ventilação manual, bala de oxigénio e tábua de reanimação	1	Cama hospitalar para enfermaria ou maple relax	1 por posto
	Aparelho de TA	1 por posto		

**QUADRO 3**  
**Desinfecção e esterilização**  
**Instalações**

Designação	Características
<b>Recepção/descontaminação</b>	
Área de descontaminação	Triagem, lavagem, desinfecção e secagem dos materiais sujos vindos dos serviços. Ligação à inspecção através de máquinas de lavagem e desinfecção de dupla porta ou guichet

Designação	Características
Adufa	De acesso às zonas limpas (inspecção e embalagem), para mudança de bata. Apenas quando exista ligação entre a área de descontaminação e a zona de inspecção e embalagem
<b>Inspeção e embalagem</b>	
Sala de trabalho	Inspeção, teste, preparação e embalagem de materiais a esterilizar
Área de preparação de têxteis	Preparação de têxteis, para esterilizar
<b>Esterilização</b>	
Barreira Sanitária	Barreira física, ligando a embalagem e o armazém de esterilizados, integrando autoclaves
Adufa	De ligação entre a preparação e embalagem e o armazém de esterilizados. Apenas quando exista ligação entre a zona de inspecção e embalagem e o armazém de esterilizados
<b>Expedição</b>	
Armazém de estéréis	Armazenamento de material esterilizado para expedição

**QUADRO 4**

**Gases medicinais e aspiração**

Número mínimo de tomadas a considerar:					
Local	O <sub>2</sub>	N <sub>2</sub> O	Aspiração (vácuo)	Ar comprimido respirável	
				300 kPa	700 kPa
<b>Consultas</b>					
Gabinete de Consulta	1 por sala	-	1 por sala		
Sala de Tratamentos	1 por sala	-	1 por sala		
<b>Bloco operatório (regime ambulatório)</b>					
<b>Sector de acolhimento</b>					
Gabinete de Consulta/observação/tratamento	1 por sala	-	1 por sala		
<b>Sector cirúrgico</b>					
Sala de operações			1 por sala		
<b>Sector de recuperação</b>					
Sala de recuperação	1 por cama	-	1 por cama	1 por cama	
<b>Número mínimo de tomadas a considerar:</b>					
Local	O <sub>2</sub>	N <sub>2</sub> O	Aspiração (vácuo)	Ar comprimido respirável	
				300 kPa	700 kPa
<b>Execução da construção da instalação</b>					
- Deve ser instalado um sistema para extracção de gases anestésicos, totalmente independente da instalação de ar condicionado/ventilação e da rede de gases medicinais, com tomadas em todos os pontos de utilização de N <sub>2</sub> O. - A central vácuo deve ser fisicamente separada das restantes. - Para ar comprimido produzido por compressores, a sua central deve ser fisicamente separada das restantes. - Qualquer das centrais deve ter uma fonte de serviço e uma fonte de reserva, de comutação automática. - Todas as tomadas devem ser de duplo fecho, não intermutáveis de fluido para fluido. - Tubagem para as redes de O <sub>2</sub> , N <sub>2</sub> O e ACR: de cobre vermelho, electrolítico, fosforoso, desoxidado, isento de gorduras e arsénio e sem costura (B.S. 6017). - Tubagem da rede de aspiração: em cobre vermelho, electrolítico, fosforoso, desoxidado e sem costura (B.S. 1174) - A produção e distribuição de gases medicinais, vácuo e exaustão de gases anestésicos, devem estar de acordo com o Decreto-Lei n.º 273/95 de 23 de Outubro, alterado pelos Decreto-Lei n.º 30/2003 de 14 de Fevereiro e Decreto-Lei n.º 76/2006 de 27 de Março. - Válvulas: isentas de lubrificação.					