



Conselho  
Nacional de  
Ética para as  
Ciências da Vida

**119/CNECV/2022**

PARECER SOBRE INTERRUPTÃO  
VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ

Novembro de 2022



## **PARECER 119/CNECV/2022 SOBRE INTERRUÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ**

### **RELATÓRIO<sup>1</sup>**

#### **1. Contextualização da realização do Parecer**

Em 8 de outubro de 2021, o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) recebeu, da Comissão Parlamentar de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias, com solicitação de parecer, os Projetos de Lei n.º 953/XIV/3.<sup>a</sup> “Pelo alargamento do prazo legal de acesso à interrupção voluntária da gravidez (IVG) e pelo fim do período de reflexão” (Deputada Joacine Katar Moreira) e n.º 954/XIV/3.<sup>a</sup> “Altera a Lei n.º 16/2007, de 17 de abril que consagra o direito da mulher à interrupção voluntária da gravidez, aumentando para 16 semanas o prazo legal para a realização de IVG” (Deputada Cristina Rodrigues). Ambos os Projetos de Lei visavam a alteração da Lei n.º 16/2007, de 17 de abril “Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez”, propondo o alargamento do prazo legal para a realização de interrupção voluntária da gravidez (IVG) e a anulação do requisito obrigatório do tempo de reflexão consagrado na Lei. O Projeto de Lei n.º 954/XIV/3.<sup>a</sup> propunha ainda a introdução de um “direito à interrupção da gravidez” na Lei n.º 16/2007, e a revogação do artigo 142.º do Código Penal Português, na redação em vigor. Com a dissolução do Parlamento, as iniciativas caducaram e, com elas, o objeto da solicitação de Parecer. Não obstante, o CNECV entendeu que se deveria pronunciar sobre o tema, agora com um Parecer de iniciativa, atendendo às relevantes questões suscitadas pelos projetos legislativos no nível ético, mas também médico, legislativo e social.

#### **2. Quadro Legislativo Nacional**

##### **a. Evolução**

O atual modelo de exclusão de ilicitude do aborto, praticado por um médico, com o consentimento da mulher grávida, mas não por sua opção, mediante indicações médicas, embriopáticas ou criminológicas, foi estabelecido pela Lei n.º 6/84, de 11 de maio. As indicações para a exclusão da ilicitude não incluíam a opção da mulher, mas requeriam o seu consentimento, sendo a interrupção da gravidez (IG), nos termos do artigo 140.º do Código Penal, realizada por médico, ou sob a sua direção, em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido, quando fosse 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 (indicação terapêutica, sem prazo caso fosse a única via de remover perigo de morte ou lesão grave para a mulher; com prazo até às primeiras 12 semanas de gravidez, caso fosse o meio mais indicado); houvesse motivos seguros para prever que o nascituro viesse a sofrer, de forma incurável, de

<sup>1</sup> O Parecer é antecedido de um Relatório circunstanciado, da responsabilidade dos seus autores e que, como tal, não é votado pelo plenário do CNECV.



grave doença ou malformação (indicação embriopática ou por lesão do nascituro, com prazo até às 16 primeiras semanas de gravidez); ou perante sérios indícios de que a gravidez resultara de violação da mulher, dependendo ainda de participação criminal (indicação criminológica, com prazo até às primeiras 12 semanas de gravidez). Este diploma viria a ser expressamente revogado pela Lei n.º 16/2007, de 17 de abril.

A revisão de 1995<sup>2</sup> do Código Penal introduziu alterações ao regime penal do aborto, resultando nos artigos 140.º (Aborto), 141.º (Aborto agravado) e 142.º (Interrupção da gravidez não punível) do Código Penal, passando a considerar-se as indicações do artigo 142.º (anterior artigo 140.º) como situações de não punibilidade.

Na sequência da discussão e votação em sede parlamentar dos projetos de lei referidos, apenas veio a ser aprovado o Projeto de Lei n.º 235/VIII, de que resultou a Lei n.º 90/97, de 30 de junho, que procedeu a um alargamento dos prazos para a indicação embriopática (de 16 para 24 semanas) e para a indicação criminológica (de 12 para 16 semanas).

As propostas no sentido da não punibilidade da interrupção da gravidez por indicação sociológica ou por opção da mulher não foram, então, incluídas no regime jurídico português.

O CNECV foi chamado a pronunciar-se sobre os projetos de lei relativos à interrupção voluntária da gravidez (Projetos de Lei n.ºs 177/VIII [PCP] e 235 e 236/VIII [PS]), através do Parecer 19/CNECV/97.

A 28 de Junho de 1998, realizou-se em Portugal um referendo<sup>3</sup> sobre a interrupção da gravidez por opção da mulher até às 10 semanas. Registou-se uma abstenção ao ato referendário de 68,1%, com 50,9% de votantes a responder negativamente à pergunta «Concorda com a despenalização da Interrupção Voluntária da Gravidez, se realizada por opção da mulher nas primeiras 10 semanas em estabelecimento de saúde legalmente autorizado?». Devido à elevada abstenção, o referendo não foi vinculativo e os trabalhos legislativos quanto à interrupção da gravidez por opção da mulher não avançaram.

A 11 de Fevereiro de 2007 realizou-se um novo referendo, contendo uma pergunta idêntica à do referendo de 1998. Com uma abstenção de 56,43%, registaram-se 59,25% de respostas positivas e 40,75% de respostas negativas, pelo que também este referendo não foi vinculativo. O Grupo Parlamentar do PS, proponente do Projeto de Lei 19/X/1 com o objetivo de, simultaneamente, apresentar “um projeto de resolução convocando um referendo popular sobre o aborto e o presente projeto de lei que define com contornos jurídicos precisos a solução sobre a qual o eleitorado deve ser perguntado” manteve a iniciativa, tendo em sequência sido aprovada na Assembleia da República e promulgada pelo Presidente da República, a Lei n.º 16/2007, de 17 de abril, modificando a redação do artigo 142.º do Código Penal no sentido da não punibilidade

<sup>2</sup> Através do Decreto-Lei n.º 48/95, de 15 de março.

<sup>3</sup> O referendo, enquanto mecanismo de exercício do poder político pelos cidadãos, encontra-se previsto no artigo 10.º da Constituição da República Portuguesa.



da IVG efetuada por médico, ou sob a sua direção, em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido, por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas de gravidez.

O referendo de 2007 e a lei que se lhe seguiu (Lei n.º 16/2007) marcam de alguma forma um compromisso tácito e consensual de confiança entre o poder político e os cidadãos no que ao prazo de 10 semanas diz respeito.

## **b. Atual regime legal português**

### **i. A Lei n.º 16/2007, de 17 de abril**

A Lei n.º 16/2007, de 17 de abril, sobre a exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez<sup>4</sup> - além de ter introduzido a alínea e) no n.º 1 do artigo 142.º do Código Penal, respeitante à interrupção da gravidez por vontade da mulher até às 10 semanas, e de ter alterado a redação do deste mesmo artigo (art. 1.º da Lei) - regula os aspetos referentes à IVG em concreto, designadamente, as questões atinentes à consulta, informação e acompanhamento da mulher grávida (art. 2.º da Lei), a organização dos serviços do SNS (art. 3.º da Lei), as providências organizativas e regulamentares que devem ser asseguradas pelo Governo necessárias à boa execução da legislação atinente à IVG (art. 4.º da Lei) e ainda o dever de sigilo (art. 5.º da Lei) e a objeção de consciência (art. 6.º) dos médicos e demais profissionais de saúde no âmbito da IVG.

A salientar que esta Lei, no seu artigo 3.º, impõe acompanhamento obrigatório, tanto psicológico como da segurança social, da mulher grávida durante o período de reflexão, com vista a garantir uma decisão livre, consciente e responsável da mulher, como exigido para efeito de prestação do consentimento para a IVG nos termos da alínea b) do n.º 4 do art. 142.º do Código Penal.

### **ii. O Código Penal**

O Código Penal português tipifica o crime de aborto nos artigos 140.º e 141.º do Código Penal, no contexto da proteção de um bem jurídico distinto da vida humana, ou seja, a vida intrauterina. Prevê o aborto sem o consentimento da mulher e com o consentimento da mulher (artigo 140.º), sendo o crime agravado quando da conduta abortiva resultar uma ofensa à integridade física grave ou a morte da mulher grávida<sup>5</sup> (artigo 141.º). No caso do aborto com o consentimento da mulher, tanto o que pratica o aborto (no caso de não ser a mulher grávida) como a mulher grávida poderão ser punidos pela prática do crime (artigo 140.º). O artigo 142º prevê os casos em que a interrupção da gravidez não é punida, dependendo sempre a não punibilidade da sua realização por médico - ou sob a sua direção - em estabelecimento de saúde.

<sup>4</sup> Alterada pela Lei n.º 136/2015, de 7 de setembro.

<sup>5</sup> Ou quando realizado como prática habitual ou com intenção lucrativa.



A solução portuguesa, de consideração do aborto como crime (artigos 140.º e 141.º do Código Penal) e da introdução de uma causa de exclusão da ilicitude, na qual se encontram taxativamente indicadas as razões que justificam a interrupção da gravidez não punível (artigo 142.º do Código Penal), representa uma solução de equilíbrio resultante da ponderação entre os valores (bens jurídicos) tutelados, por um lado, a vida do embrião/feto e, por outro lado, a autodeterminação da mulher grávida. Deste modo, a interrupção da gravidez a pedido é uma permissão de, no caso concreto, ofender o bem jurídico da vida intrauterina, não sendo compreendido como um direito da mulher grávida à interrupção da gravidez, representando, assim, sempre uma ponderação entre os bens jurídicos em conflito: a proteção da vida intrauterina e, no caso da interrupção da gravidez a pedido, a proteção da autodeterminação da mulher. No âmbito da interrupção da gravidez a pedido da mulher, estabelece-se o limite gestacional de 10 semanas, exigindo-se ainda um período de reflexão mínimo de 3 dias (artigo 144.º, n.º 1, al. e) e n.º 4, al. b), do Código Penal). Não sendo cumpridas as condições e/ou o prazo, considera-se praticado o crime de aborto.

Na determinação da idade gestacional limite para a interrupção de gravidez a pedido da mulher, o legislador demonstrou uma dupla preocupação, quer com a vida do embrião/feto, quer com a autodeterminação da mulher grávida. Embora o desenvolvimento embrionário e epigenético ocorra de forma contínua, e sem interrupções nem momentos privilegiados, a 10.ª semana foi escolhida por representar, no conhecimento científico, um limiar no desenvolvimento fetal cujo sistema nervoso central não estaria ainda suficientemente desenvolvido para poder haver sensibilidade e dor fetal aquando da IVG, química ou cirúrgica.

Tratar-se-ia, assim, de um equilíbrio razoável entre a proteção da vida do feto e o direito de autodeterminação da mulher que quer interromper a gravidez, ao que acresce a preocupação pela sua saúde, pois os riscos associados à IVG (p.ex. retenção de restos ovulares, infeção, perfuração uterina) vão aumentando com a evolução da gravidez.

### **3. Contexto legal europeu**

#### **a. Breve análise comparativa do regime da interrupção voluntária da gravidez nos países europeus**

Em geral, na região europeia, 39 países permitem a interrupção voluntária da gravidez ("a pedido"), dois países permitem a interrupção da gravidez com base em razões sociais em sentido amplo e 6 países não permitem a interrupção da gravidez por qualquer uma destas razões.

Em termos horizontais, o contexto europeu apresenta três modelos diferentes: a admissibilidade da interrupção da gravidez apenas para razões excecionais (perigo de vida, violação); a interrupção da gravidez por vontade da mulher em alguns casos (razões sociais); e a interrupção voluntária da gravidez. Cada um destes modelos resulta



de um diferente equilíbrio entre o respeito pela autonomia da mulher, pela sua saúde e a proteção da vida humana intrauterina.

No patamar da União Europeia, a Resolução do Parlamento Europeu, de 24 de junho de 2021, sobre a situação da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos na UE, no contexto da saúde das mulheres<sup>6</sup>, insta os Estados-membros a despenalizarem o aborto, sobre eles recaindo a responsabilidade de assegurar que as mulheres possam usufruir dos direitos que lhes são conferidos por lei (ponto 34), mais solicitando que a interrupção da gravidez a pedido seja possível na gravidez precoce (ponto 35).

Na União Europeia apenas Malta e, mais recentemente, a Polónia, têm legislação restritiva quanto à interrupção da gravidez a pedido. Os restantes Estados-membros permitem a interrupção da gravidez a pedido da mulher, encontrando-se, depois, variações a nível dos requisitos para a respetiva execução.

### **b. Tempo de reflexão**

Países como a Itália ou Espanha exigem período de reflexão e países como a Alemanha exigem aconselhamento e/ou informação obrigatória por médicos e psicólogos antes da interrupção da gravidez. No caso dos países que admitem a IVG, a principal diferença entre regimes reside na imposição (ou não) de um período de reflexão, ainda que este período possa variar consoante a idade gestacional limite.

A imposição de período de reflexão fundamenta-se, em geral, na garantia de um consentimento informado por parte da mulher, permitindo ainda a possibilidade da alteração da decisão inicial.

### **c. Idade gestacional limite**

A idade gestacional limite<sup>7</sup> para a interrupção da gravidez a pedido é muito díspar no âmbito dos diversos Estados-membros, variando entre as 24 semanas e as 10 semanas. Assim, nos limites mais elevados, com uma idade gestacional limite de 24 semanas<sup>8</sup> identificam-se os Países Baixos, seguindo-se a Suécia, com uma idade gestacional limite de 18 semanas e a Áustria, com uma idade gestacional de 16 semanas. O limite gestacional de 14 semanas é comum à Alemanha, Bélgica, Espanha, França e Luxemburgo. O limite gestacional maioritário nos países da União Europeia é o limite das 12 semanas, em que se incluem Bulgária, Chipre, Croácia, Dinamarca, Eslováquia, Estónia, Grécia, Hungria, Irlanda, Itália, Letónia, Lituânia, Noruega e República Checa. No limite menor das 10 semanas, encontram-se a Eslovénia e Portugal.

No âmbito das diferentes soluções legislativas que admitem a IVG, a principal diferença encontra-se no prazo gestacional limite, que varia entre as 10 semanas e as 24

<sup>6</sup> Parlamento Europeu [https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0314\\_PT.html](https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0314_PT.html).

<sup>7</sup> Para outros aspetos, nos planos da UE e europeu, cf. Center for Reproductive Rights [https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2022/06/15381\\_CRR\\_Europe\\_V8.pdf](https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2022/06/15381_CRR_Europe_V8.pdf).

<sup>8</sup> Na prática, 22 semanas. <https://abort-report.eu/europe/#>.





semanas. Esta diferença resulta do diferente peso conferido aos dois valores em conflito, ou seja, o respeito pela autonomia da mulher e a proteção da vida intrauterina, compreendendo o estatuto do embrião<sup>9</sup> e incluindo ainda a consideração de sucessivas fases de desenvolvimento embrionário.

#### **4. Contexto nacional e ponderação ética**

##### **a. Realidade nacional**

A análise da realidade nacional baseia-se nos dados disponibilizados pela Direção-Geral da Saúde (DGS, relatórios dos registos das interrupções de gravidez de 2018 e de 2022), de caráter fundamentalmente descritivo, carecendo de outros dados estruturais que permitiriam um conhecimento mais profundo do perfil das mulheres que pretendem ou pretendiam recorrer à IVG em Portugal, como sejam: o perfil contraceutivo da população em idade fértil, o número e perfil das mulheres que não recorrem a uma consulta de IVG por terem ultrapassado a idade gestacional limite para tal. Além disso, seria ainda da maior importância existirem elementos que permitissem o cruzamento de dados demográficos entre o universo de mulheres que interrompem a gravidez a pedido e o universo total de parturientes.

Com efeito, se os dados mais recentemente recolhidos e disponibilizados pela DGS possibilitam alguns tipos de análise, não permitem, de modo fidedigno, a invocação de argumentos não sustentados nos dados disponíveis. Especificando, não existem dados quanto ao número de mulheres que solicitam IVG após o prazo de 10 semanas, nem sobre as dificuldades de acesso a IVG por região, o que poderia espoletar o ultrapassar do prazo ou o desrespeito do prazo legal, que fundamentem o recurso ao aborto ilegal.

Mesmo atendendo às estatísticas criminais quanto ao crime de aborto, as mesmas apenas poderão incluir aqueles casos em que um aborto ilegal foi realizado em Portugal e que foi objeto de um processo-crime. Também não existem informações disponíveis sobre o arrependimento, ou seja, mulheres que - dentro do atual prazo legal - iniciam procedimento de IVG, nos termos da Lei de 2007, mas depois decidem não abortar, levando a gravidez a termo. Em suma, os dados da DGS não permitem traçar um retrato real da IVG em Portugal, por não incluírem alguns elementos fundamentais para este propósito.

Consideremos brevemente os dados disponíveis.

##### **- Análise longitudinal da prevalência da IVG**

Os dados publicados sobre a variação temporal da IVG em Portugal indicam que, entre 2011 e 2021, as interrupções de gravidez (IG) por todos os motivos diminuíram de

---

<sup>9</sup> O qual, por seu turno, não é unívoco em termos jurídicos, consoante se encontre ou não implantado no útero da mulher.



20 480 para 12 159, e as realizadas apenas por opção da mulher até às 10 semanas diminuíram de 19 921 para 11 640. A IG por opção da mulher até às 10 semanas foi o principal motivo de IG em 2021 (95,73%).

Salienta-se o facto de os dados de 2021 serem ainda preliminares, uma vez que o fecho dos registos pelas instituições ocorre até ao final do primeiro semestre do ano seguinte<sup>10,11</sup>.

### **- Caracterização demográfica das grávidas: idade, nacionalidade e grau de instrução**

Entre 2018 e 2021, a mediana de idade das mulheres que realizou IG foi de 28 anos. A IG em adolescentes (até aos 19 anos) situou-se nos 8%<sup>14</sup>.

Quanto à nacionalidade das mulheres que recorreram à IVG, verificou-se um número crescente das de nacionalidade não portuguesa: de 17,7% em 2016 até 26,4% em 2021<sup>14</sup>. No relatório de 2022 não é especificada a nacionalidade destas mulheres; no relatório de 2018, dos 18,3% de mulheres de nacionalidade não portuguesa, a maioria tinha nacionalidade cabo-verdiana (3,5%), seguida da brasileira (2,9%), angolana (2,3%), guineense e santomense (1%)<sup>12</sup>. Nestes casos, em que todas as mulheres são lusófonas, não se verifica o eventual problema adicional de dificuldade comunicação para a prestação de cuidados de saúde.

Relativamente ao grau de instrução, a maioria das mulheres tinha frequência de Ensino Secundário (43%), 25% do Ensino Superior, 22% o 3.º ciclo do Ensino Básico e 8,3% o 2.º ciclo do ensino Básico (2018-2021). A percentagem de mulheres sem instrução variou, neste período, entre 0,37% e 0,16%<sup>14</sup>.

### **- Idade gestacional em que é praticada**

A idade gestacional média com que as mulheres recorrem à IVG tem-se mantido estável, ao longo dos anos, nas 7 semanas de gestação<sup>13</sup>. Sublinha-se o facto de a média apresentada se situar longe do limite máximo, sendo indicativa de que globalmente se realiza um diagnóstico precoce de gravidez. Acrescenta-se que quanto mais precocemente a gravidez for interrompida, menor a probabilidade de riscos e complicações associadas à sua realização.

### **- Tipo de unidade de saúde e de procedimento**

De 2018 a 2021, a maioria das IG por opção da mulher foi realizada em unidades do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (70,64%, 72,23%, 66,76% e 67,59%, respetivamente), tendo ocorrido um ligeiro aumento das IG realizadas no setor privado

<sup>10</sup> Direção-Geral da Saúde 2022. Relatório de análise preliminar dos registos das interrupções da gravidez - 2018-2021.

<sup>11</sup> Direção-Geral da Saúde 2018. Relatório dos registos das interrupções de gravidez.

<sup>12</sup> Direção-Geral da Saúde 2018. Relatório dos registos das interrupções de gravidez.

<sup>13</sup> Direção-Geral da Saúde 2022. Relatório de análise preliminar dos registos das interrupções da gravidez - 2018-2021.





nos anos de 2020 e 2021, comparativamente aos anos anteriores à pandemia<sup>16</sup>. Os aspetos de privacidade e confidencialidade podem ser elementos a ter em consideração na escolha do local de interrupção de gravidez.

Nas unidades do SNS, a grande maioria das IG foi realizada utilizando o método medicamentoso (em média 98,3%), enquanto nas unidades privadas a quase totalidade foi realizada pelo método cirúrgico (em média 95,5%)<sup>16</sup>. Ambos os métodos - médicos e cirúrgicos - são seguros e eficazes para a realização da IG. Embora os riscos aumentem com a idade gestacional em que é praticada a IG, as taxas de complicações são baixas com ambos os métodos. As características da interrupção cirúrgica que podem justificar a sua escolha são a curta duração do procedimento, a conclusão do processo no prazo de tempo esperado, a sua segurança e a comodidade de poder ser executado com controlo da dor, através de analgesia, anestesia ou sedação. A interrupção médica nas idades gestacionais em que é praticada em Portugal habitualmente não requer internamento, evita a necessidade de anestesia ou sedação<sup>14</sup>, pelo que é menos dispendioso. Contudo, obriga ao controlo posterior do esvaziamento uterino completo, por vezes à repetição da administração da medicação e mais raramente ao recurso final ao método cirúrgico.

#### **- Distribuição das interrupções da gravidez por opção da mulher por tipo de referenciação**

No período em análise, a maioria das mulheres recorreu a IG por iniciativa própria, através do acesso direto a instituição do SNS (entre 55,8% em 2018 e 62,29% em 2021)<sup>16</sup>.

#### **- Contraceção após interrupções da gravidez por opção da mulher**

A adesão a um método contraceptivo por parte das mulheres que recorreram à IG manteve-se superior a 93%, não havendo diferenças significativas entre os métodos de longa duração (DIU e implante) e o método hormonal oral<sup>16</sup>.

#### **- Recusa por limite de idade gestacional**

Não dispomos de informação relativamente ao número de mulheres que não realizou IG por ter diagnosticado a gravidez mais tardiamente do que as 10 semanas, nem daquelas que, tendo recorrido a uma unidade de saúde com esse propósito, viram a sua pretensão recusada por ter ultrapassado a idade gestacional limite para o efeito. Também não temos informação acerca das IG realizadas fora das unidades de saúde autorizadas, nem das realizadas no estrangeiro, por terem ultrapassado o limite legal nacional para o efeito.

<sup>14</sup> Kapp N, Lohr PA. Modern methods to induce abortion: Safety, efficacy and choice. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2020 Feb;63:37-44.



### **- Tempo de resposta das instituições de saúde**

No grupo de mulheres que efetuaram uma IG por opção, o tempo médio de espera entre a consulta prévia e a IG manteve-se entre os 6,22 e os 6,42 dias, com uma mediana de 5 dias<sup>15</sup>.

Não temos dados que nos permitam correlacionar este tempo com a área geográfica, de modo a verificar se estas dificuldades se centralizam em alguma(s) região(ões) específica(s) do país.

### **- Cobertura geográfica**

Entre 2018 e 2021, a maioria das IG por opção da mulher realizou-se na região de Lisboa e Vale do Tejo (58,2-61,3%), seguida da região Norte (19,97-21,38%)<sup>18</sup>.

## **b. Fundamentação ética e opções legais**

### **i. O tempo de reflexão reforça a liberdade da decisão autónoma**

O fundamento de legitimidade de uma tomada de decisão consciente, livre e responsável implica que estejam presentes três pressupostos: a pessoa tem de estar na posse de toda a informação relevante, ter capacidade e competência para tomar uma decisão e ter liberdade de o fazer, sem coações. Estes três requisitos encontram-se consolidados na doutrina ética do consentimento informado, desde há décadas, sendo amplamente consensuais. Também são defendidos pelo Código Deontológico da Ordem dos Médicos (Art. 20.º, 1), o qual sublinha que, sempre que possível, deve existir entre consentimento e esclarecimento, um intervalo de tempo que permita à pessoa refletir e aconselhar-se (Art. 20.º, 2)<sup>16</sup>.

A Direção-Geral da Saúde corrobora a importância desta forma de atuação, referindo que a “informação e o esclarecimento obrigam a um período de reflexão que emana da necessidade de a pessoa avaliar qualitativamente a informação e o esclarecimento recebidos”<sup>17</sup>.

Num perfeito alinhamento com estas normas orientadoras está a legislação atual, que prevê que o consentimento para a interrupção de gravidez seja prestado, sempre que possível, com a antecedência mínima de 3 dias relativamente à data da intervenção. Este período de reflexão destina-se “a facultar à mulher grávida o acesso à informação relevante para a formação da sua decisão livre, consciente e responsável”<sup>18</sup>. O Tribunal Constitucional também incluiu a consulta prévia “nos trâmites a observar

<sup>15</sup> Direção-Geral da Saúde 2022. Relatório de análise preliminar dos registos das interrupções da gravidez - 2018-2021.

<sup>16</sup> Diário da República. Reg. 707/2016.

<sup>17</sup> Direção-Geral da Saúde, Norma 015/2013, atualizada em 4/11/2015.

<sup>18</sup> Diário da República, Lei 16/2007, Art. 1.º



obrigatoriamente, como condição da não punibilidade da interrupção efetuada” a pedido da mulher<sup>19</sup>.

Podemos ainda acrescentar que o período de reflexão de 3 dias foi apontado, na campanha do referendo de 2007, como uma garantia governamental dada aos eleitores, para que se evitassem excessos, derivas e facilitismos.

O principal argumento invocado por quem pretende anular o período de reflexão é que esta prática é paternalista, na medida em que defende que os períodos de espera ajudam as mulheres a tomar decisões mais fundamentadas sobre sua gravidez indesejada ou, em outras palavras, a impedir que tomem decisões precipitadas e imprudentes das quais se poderão vir a arrepender mais tarde. Consequentemente – argumenta-se –, os períodos de espera poderão ter um impacto negativo no bem-estar emocional destas mulheres o que, por sua vez, pode interferir na sua tomada de decisão. Por outro lado, o tempo imposto para considerar o potencial arrependimento desta decisão poderá fazer com que a pessoa revise uma decisão estável.<sup>20</sup>

É evidente, porém, que uma decisão própria e consolidada não se altera num período de reflexão de 3 dias, o que só se verificará se a decisão tomada não for, de facto, nem livre, nem refletida. Uma atitude paternalista seria a de não se proporcionar a possibilidade de uma escolha autónoma e assumida, em que o médico escolheria pela pessoa que o consulta. Não é o que acontece no presente contexto, em que a escolha autónoma é possibilitada, a consulta prévia é realizada pelos profissionais que praticam a IVG e como tal não objetam a sua realização, pelo que invocar que este tempo sirva para procurar dissuadir a grávida da sua decisão, limitando a sua liberdade de escolha, não tem fundamento. É essencial que a decisão de interromper uma gravidez não seja precipitada, mas sim tomada depois de uma profunda reflexão e da devida ponderação de todos os fatores a considerar. Acresce que, contrariamente a muitas outras decisões respeitantes à vida e à saúde da mulher, a decisão de interromper uma gravidez não é reversível, o que aumenta a relevância de uma tomada de decisão informada, livre, mas também devidamente ponderada e refletida.

Não conhecemos dados estatísticos relativos ao número de mulheres que anualmente muda de opinião no decurso do período de reflexão; mas consideramos que bastaria haver apenas uma grávida a decidir manter a gravidez e ter o seu filho para justificar tal período de reflexão. De facto, o primeiro pedido pode por vezes resultar de um impulso, de uma vontade não inteiramente livre porque pressionada por um acervo de circunstâncias familiares, emocionais, económicas não amadurecidas.

O facto de a DGS reconhecer que tal período mediano foi, em 2018, de 5 dias não é razão para acabar com o período de reflexão, mas sim para que se criem os recursos humanos e logísticos necessários a nível nacional para obviar estes atrasos

<sup>19</sup> Tribunal Constitucional. Acórdão 75/2010.

<sup>20</sup> Rowlands S, Thomas K. Mandatory Waiting Periods Before Abortion and Sterilization: Theory and Practice. *Int J Womens Health*. 2020;12:577-586.



inaceitáveis, sendo importante distinguir entre atrasos dos serviços e atrasos das grávidas.

## ii. A idade gestacional limite reforça a proteção da vida intrauterina

A decisão de interrupção de gravidez depende, em última instância, do estatuto conferido ao embrião e ao feto, ou seja, ao *status* do indivíduo concebido (*conceptus*), mas ainda não nascido (*nasciturus*)<sup>21</sup>. Mesmo tendo em atenção o princípio da liberdade reprodutiva, o mesmo não pode assumir carácter absoluto, devendo sempre ter lugar uma concordância axiológico-prática, atendendo ao conflito valorativo subjacente.

E se o estatuto biológico do embrião é perfeitamente consensual, pois a ciência biológica não ignora que a vida humana começa com a constituição do zigoto, qualitativamente distinta dos gâmetas que lhe deram origem, o mesmo não verifica com o seu estatuto ontológico, uma vez que a definição de ser humano é uma questão de âmbito filosófico. Várias posições têm sido defendidas acerca do início da pessoa humana: há quem considere o ser humano como pessoa desde a fecundação; só após a nidação<sup>22</sup>; depois do aparecimento da linha primitiva, quando o embrião perde a capacidade pluripotencial e cessa a possibilidade de formação de gémeos; no 30.º dia de embriogénese, quando se encerra o tubo neural; à 8.ª semana de embriogénese, quando o cérebro se encontra integrado como um todo; só após o nascimento, quando adquire personalidade jurídica<sup>23</sup>; ou apenas aos 3 anos, idade quando se adquirem faculdades mentais superiores, características específicas do ser humano. Estas posições têm por base o estatuto moral atribuído ao embrião e baseiam-se em argumentos de carácter biológico e/ou filosófico<sup>24</sup>.

Em suma, podemos então considerar duas posições base distintas, que conseguem abarcar a quase totalidade das conceções sobre a natureza e o estatuto do embrião: para uns, o embrião tem natureza pessoal porque é um ente vivo da espécie humana que, necessariamente, vai desenvolver desde o início, a partir do zigoto, qualidades humanas até à aquisição global dos marcadores humanos da idade adulta, pelo que merece respeito absoluto; para outros, pelo contrário, o zigoto vai progressivamente adquirindo o estatuto de pessoa humana. Daqui poderemos inferir que quem defende a primeira posição não aceita a interrupção de gravidez e que o debate acerca da IVG decorra essencialmente entre os que adotam a segunda posição.

<sup>21</sup> H. ten Have/M. do C. Patrão Neves, Abortion, in: Dictionary of Global Bioethics, 79.

<sup>22</sup> Em termos penais, para efeito do crime de aborto (art. 140.º do Código Penal), este é o momento relevante, dado proteger-se a vida intrauterina.

<sup>23</sup> Código Civil Português (1999). Art.º 66.º (Começo da personalidade): 1. A personalidade adquire-se no momento do nascimento completo e com vida. 2. Os direitos que a lei reconhece aos nascituros dependem do seu nascimento.

<sup>24</sup> Council of Europe - Steering Committee on Bioethics (CDBI) (2003). *The protection of the human embryo in vitro*.



Relativamente ao estatuto jurídico, já referimos que a personalidade jurídica só se adquire após o nascimento. Importa, todavia, distinguir entre a atribuição de personalidade jurídica e a proteção jurídica. Com efeito, e tendo em conta o artigo 24.º da Constituição da República Portuguesa<sup>25</sup>, a vida intrauterina merece também proteção do Estado, o que se reflete, *inter alia*, na criminalização do aborto (artigos 140.º e 141.º do Código Penal). Assim, o facto de o embrião não ser considerado uma pessoa no sentido jurídico, não exclui a sua proteção objetiva, através dos instrumentos que constituem os direitos fundamentais: o respeito pelo ser humano desde o início da vida e a dignidade da pessoa humana.<sup>26</sup> O *Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine* também considera que o embrião é merecedor de um respeito especial, mas que não lhe deve ser atribuído o estatuto de pessoa, dado ainda não ter desenvolvido as características de personalidade, não estar ainda estabelecida a sua individualidade e poder nunca vir a desenvolver o seu potencial biológico.<sup>27</sup> Michel Renaud considera que o embrião suscita estas numerosas controvérsias por causa das “implicações relativas ao respeito ético que lhe é devido ou que ele exige e, em sentido contrário, por causa da avaliação ética do ato que intencionalmente põe fim à sua existência”.<sup>28</sup>

## 5. Considerações finais

De acordo com os dados disponíveis, as 10 semanas atuais têm-se mostrado suficientes para a maioria dos pedidos, de acordo quer com os profissionais de saúde, que asseguram as consultas prévias à realização de uma IVG, quer com os que realizam as consultas pré-natais. Em situações de normalidade de cuidados de saúde (excetua-se o primeiro confinamento pandémico em 2020), é pontual o número de casos de IVG não realizadas por os respetivos pedidos excederem as 10 semanas.

As causas invocadas para a alteração do regime da IVG prendem-se, principalmente, com duas ordens de razões: por um lado, o suposto aumento de realização de aborto ilegal (no estrangeiro) e, por outro, o exercício da autodeterminação da mulher. Estes argumentos pretendem fundamentar tanto o alargamento do prazo para a IVG, como a abolição do tempo de reflexão obrigatório, a que acresce, em termos mais radicais, a consagração de um direito ao aborto.

Porém, um dos motivos que mais frequentemente se invoca para se considerar uma mudança da idade gestacional limite para a IVG não é o do número de mulheres que a solicitam tardiamente para a realizar, mas antes o frágil contexto socioeconómico

<sup>25</sup> Assim como outros instrumentos internacionais de direitos humanos, como a Declaração Universal de Direitos Humanos, a Convenção Europeia de Direitos Humanos ou a Convenção de Oviedo.

<sup>26</sup> Dreifuss-Netter F (2000). Analyse juridique du statut de l'embryon. *La revue du praticien - Gynécologie et Obstétrique*; 45.

<sup>27</sup> *Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine* (2013). *Defining embryo donation: a committee opinion*.

<sup>28</sup> Renaud M (2005). O embrião humano. Elementos de reflexão. *Do início ao fim da vida*.



das mesmas: trata-se maioritariamente de mulheres adolescentes, imigrantes ilegais e de baixo nível económico, ou seja, as mais vulneráveis.

Outro argumento habitualmente utilizado baseia-se nas diferentes soluções encontradas em termos de Direito comparado pois, como vimos anteriormente, a maioria dos países europeus que admitem IVG têm uma idade gestacional limite superior às 10 semanas.

O limite instituído em Portugal teve, na sua génese, preocupações de ordem embriológica e ética<sup>29</sup>, pelo que mudar este limite apenas porque outros países estabeleceram limites diferentes não constitui um argumento válido por si só ou suficientemente sólido para sustentar uma alteração em matéria tão complexa e sensível como esta. Além disso, atendendo ao princípio da utilidade e face aos dados disponíveis, não se afigura necessária esta alteração.

Acrescenta-se que os dados científicos existentes são claramente favoráveis a uma melhor saúde da grávida quanto menor for o tempo de uma gestação que termina abruptamente, pelo que a ciência médica recomenda que uma interrupção da gravidez, sempre que solicitada, se realize o mais precocemente possível, contrariando o alargamento de prazos e assim respeitando o princípio da beneficência.

Nenhum prazo para IVG - por maior que o seja - é em rigor garantia de inclusão de todos os eventuais pedidos. Haverá sempre pedidos que excedam o prazo legal, a menos que se permita a IVG até à véspera das 24 semanas (viabilidade fetal no mundo ocidental). Por outras palavras, a existência de prazos para a prática da IVG significa, justamente, que nem todos os pedidos de IVG podem ser considerados, atendendo ao necessário equilíbrio dos valores em causa.

Por último, importa refletir sobre um dado particularmente relevante, constante no último relatório da DGS sobre IVG, e contextualizá-lo: referimo-nos à ocorrência crescente de IVG até às 10 semanas em mulheres estrangeiras, presumivelmente a maioria imigrantes ou refugiadas, que atingiu 26,4 % do total de IVG em 2021, enquanto a população estrangeira feminina com permanência regular em Portugal era, no mesmo ano, de 6,2%<sup>30</sup>. Se procurarmos conhecer a percentagem de imigrantes permanentes por grupo etário e em idade fértil (15-49 anos), verificamos que em 2020 a mesma variou entre um total de 5,5% (45-49 anos) e 14,7% (25-29 anos)<sup>31</sup>. Estes dados são um alerta importantíssimo para uma eventual ineficácia e/ou inacessibilidade a cuidados primários de planeamento familiar e contraceção acessíveis e eficazes para esta população, que urge corrigir. Todavia, não existem dados disponíveis que permitam caracterizar o estatuto legal do grupo das mulheres estrangeiras, o que possibilitaria aferir quais as principais dificuldades em termos de planeamento familiar. Em concreto, não se sabendo se o grupo das mulheres estrangeiras - que, em termos percentuais, é

<sup>29</sup> Cf. Parecer CNECV 19/CNECV/97.

<sup>30</sup> Pordata

<https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+estrangeira+com+perman%C3%AAncia+regular+em+percentagem+da+popula%C3%A7%C3%A3o+residente+total+e+por+sexo-533-2652>

<sup>31</sup> Pordata <https://www.pordata.pt/Portugal/Imigrantes+permanentes+total+e+por+grupo+et%C3%A1rio-3255>





aquele que mais cresceu - inclui uma maioria ou minoria de mulheres com acesso ao SNS, por serem residentes legais, não será fácil implementar medidas direcionadas à resolução deste grave problema.

## 6. Propostas de intervenção

Um dos aspetos que ressalta dos elementos disponibilizados pela DGS é o do acesso aos cuidados de saúde de qualidade, já salientado pela OMS como um dos desafios do milénio no seu Programa de Ação da Conferência sobre População e Desenvolvimento (2015) e que constitui um dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável na agenda 2030. Com efeito, os dados disponíveis permitem afirmar a existência de uma relação direta entre um bom planeamento familiar e a interrupção da gravidez. Deste modo, para que possa ser cumprido o objetivo da OMS de assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planeamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais<sup>32</sup>, devem ser feitas propostas de intervenção dirigidas especificamente a este objetivo, o que implica, sublinhe-se, a qualidade de dados disponíveis.

É consensualmente aceite que os Estados têm o dever de assegurar o acesso à saúde sexual e reprodutiva em condições de igualdade e equidade para todos os cidadãos, sem qualquer tipo de discriminação tal como a racial, social, religiosa e de género. Compete aos governos desenvolver e planear estratégias para que os cuidados a prestar na área da saúde sexual e reprodutiva compreendam serviços, técnicas e métodos que, articulados, contribuam de forma global para a saúde e o bem-estar reprodutivos a nível da prevenção, da resolução de problemas e das respostas adequadas às necessidades específicas de cada indivíduo, ao longo do ciclo de vida.

No caso concreto da IVG, o acesso atempado e seguro a um serviço de saúde que o proporcione, de um modo universal e equitativo, deve ser uma prioridade no âmbito do programa nacional de saúde reprodutiva. A escassez de recursos em determinadas zonas geográficas, com os consequentes atrasos daí decorrentes no acesso a serviços onde se pratica a IVG, não pode constituir motivo para se propor uma alteração legislativa. Este problema tem de ser resolvido na sua origem.

Propõe-se ainda que que todas as mulheres que pretendem realizar uma IVG possam usufruir de acompanhamento psicológico, de modo longitudinal, ao longo de todo o processo.

Importa também que as políticas públicas invistam em formação e literacia em saúde, em mais e melhor educação sexual, planeamento familiar e contraceção, com acesso eficaz e facilitado, alargando nos Centros de Saúde a oferta gratuita aos contraceptivos mais utilizados no mercado, identificando quem são as mulheres em maior

<sup>32</sup> Nações Unidas <https://unric.org/pt/objetivo-3-saude-de-qualidade-2/>



risco para pedido de IVG tardia e recorrente, e desenvolvendo políticas públicas preventivas nestas áreas.

## **PARECER**

A análise dos dados apresentados e discutidos neste relatório culmina numa pronúncia que tem em consideração três pontos essenciais:

1. A idade gestacional limite para a IVG;
2. A obrigatoriedade do tempo de reflexão;
3. Os dados disponíveis para a análise global desta realidade.

Relativamente ao primeiro ponto e atendendo a que a idade gestacional limite para a interrupção da gravidez por opção da mulher, situada nas 10 semanas em Portugal:

a. foi estabelecida tendo em consideração um limiar no desenvolvimento fetal cujo sistema nervoso central não estaria ainda suficientemente desenvolvido para poder haver sensibilidade e dor fetal aquando da IVG, numa clara manifestação de respeito ético pelo embrião;

b. é um limite razoável para a maioria das mulheres que decida interromper a gravidez em Portugal, já que o têm feito em média e de forma estável às 7 semanas de gestação;

c. respeita o princípio da não-maleficência, uma vez que os riscos e complicações decorrentes da IVG vão aumentando com o avançar da idade gestacional;

o CNECV é de parecer que a idade gestacional limite não seja alterada.

Considerando que o tempo de reflexão:

a. favorece uma tomada de decisão ponderada e, por isso, também mais consciente e responsável;

b. pode evitar decisões irrefletidas e precipitadas, diminuindo eventuais futuros arrependimentos;

c. ganha particular relevância, atendendo a tratar-se de uma decisão irreversível;

d. cumpre os requisitos éticos, deontológicos e legais do consentimento informado em que o intervalo de tempo para tomar uma decisão devidamente informada, fundamentada e livre é essencial a um verdadeiro exercício de autonomia;

o CNECV é de parecer que o período de reflexão previsto seja mantido.

Por último, a análise dos dados disponibilizados pela DGS (2018 e 2022) relativamente à interrupção de gravidez em Portugal permite-nos constatar que:

a. a indisponibilidade de dados reconhecidos como fundamentais para a caracterização da interrupção da gravidez em Portugal, enunciados neste Relatório, não



proporciona uma análise adequada e suficiente da realidade portuguesa, impedindo subsequentes tomadas de posição e apresentação de medidas concretas solidamente sustentadas;

b. o aumento relativo do grupo de mulheres não portuguesas a recorrer à IVG configura um grave problema ético de falta de assistência a uma população vulnerável, também esta insuficientemente caracterizada.

o CNECV é de parecer que:

1. os dados disponibilizados pela Direção-Geral da Saúde sejam mais completos, permitindo a avaliação rigorosa das políticas públicas implementadas e da eventual necessidade da sua revisão;

2. o planeamento familiar para a população de nacionalidade não portuguesa residente em Portugal seja mais eficaz, numa situação de equidade com a população portuguesa;

3. deve ser reforçada a política de planeamento familiar em Portugal, garantido o acesso universal.

Lisboa, 17 de novembro de 2022.

A Presidente, *Maria do Céu Patrão Neves*.

Relatores: *Margarida Silvestre, Inês Godinho, Miguel Oliveira da Silva e José Manuel Pereira de Almeida*.

O presente parecer foi aprovado por maioria no dia 17 de novembro de 2022, na 270ª reunião plenária do CNECV, em que estiveram presentes os/as Conselheiros/as:

*Maria do Céu Patrão Neves (Presidente); André Dias Pereira (Vice-Presidente); Carlos Maurício Barbosa; Inês Fronteira; Inês Godinho; José Manuel Pereira de Almeida; Margarida Silvestre; Miguel Oliveira da Silva; Miguel Ricou; Paula Pinto de Freitas; Pedro Fevereiro; Rosalvo Almeida; Rui Nunes; Sandra Horta e Silva*.