

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

N.º 16/DSMIA
Data: 05/12/2001

Para: A todos os estabelecimentos de saúde

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

Compete à Direcção Geral da Saúde, nos termos do Decreto-Lei n.º 122/97, de 20 de Maio, propor e difundir orientações relativas ao *Consentimento livre e esclarecido*, por parte dos utentes, para actos médicos de diagnóstico ou terapêutica, que lhe são propostos.

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

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

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

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

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

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

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

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

O Director-Geral da Saúde

Prof. Doutor, José Pereira Miguel

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ

HOSPITAL _____

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

Assinale por favor, a situação em que se encontra¹

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

NOME _____
(Letra de imprensa)

ASSINATURA _____

Data ____ / ____ / ____

NOME(representante legal)

(Menores ou incapazes)

ASSINATURA _____

Data ____ / ____ / ____

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

A PREENCHER PELO MÉDICO/A

Confirmo que informei a grávida, com o Processo clínico n.º _____, ou o seu representante legal, de forma adequada e compreensível, do significado da interrupção voluntária da gravidez, assim como, dos seus possíveis riscos e complicações. Realizei/Promovi o imprescindível aconselhamento genético, por se tratar de um caso referido em 3/3.1.

Etiqueta identificativa do Médico/a

ASSINATURA

Data ____/____/____

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

HOSPITAL _____

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

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

NOME _____
(Letra de imprensa)

ASSINATURA _____

Data ____/____/____

NOME (representante legal)

(Menores ou incapazes)

ASSINATURA _____

Data ____/____/____

vide verso

A PREENCHER PELO MÉDICO/A

Confirmando que informei a grávida, ou o seu representante legal, de forma adequada e compreensível, do significado da técnica invasiva, assim como, das suas potencialidades ou possíveis riscos e complicações. O Serviço/Consulta de Genética que apoia o nosso Serviço é o _____ e o médico geneticista que deverá apoiar este caso, se for identificada patologia nos estudos laboratoriais, é o/a Dr./a _____.

Esta informação foi fornecida ao laboratório de apoio.

Etiqueta identificativa do Médico/a

ASSINATURA

Data ____/____/____