



Projecto de Lei n.º 1034/XIII/2.^a

Procede à segunda alteração da Lei n.º 15/2014, de 21 de Março, reforçando os direitos das mulheres na gravidez e no parto

Exposição de motivos

Portugal, no que diz respeito à saúde materno-infantil, evoluiu muito nos últimos 40 anos. Deixou de ser um dos piores países da Europa em termos de mortalidade infantil e passou ao extremo oposto: é actualmente um dos países do mundo com menor taxa de mortalidade materna, neonatal e infantil¹.

Recordamos a mensagem da Secretária de Estado para a Cidadania e Igualdade em “Nascer em Amor – 1.º Encontro da Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto”, de 30 de janeiro de 2016, onde esta afirma:

“De acordo com os dados mais recentes da Direcção Geral de Saúde a taxa de mortalidade infantil, em 2014, era de 2,8 por cada 1000 nados-vivos, sendo o rácio de mortalidade materna de 6,04 para cada 100.000 nados-vivos, em 2013. Tais indicadores colocam Portugal no grupo da frente no contexto dos países da União Europeia, o que é tanto mais significativo pelo facto de, antes do 25 de Abril de 1974, os indicadores de então colocarem Portugal na cauda da Europa. Mas chegados a este ponto, há a necessidade de um novo paradigma que passe pela desmedicalização e humanização dos partos, enquanto acto fisiológico. E, nesse sentido, é importante que as mulheres tenham direito a fazer as suas opções relativamente a um momento tão importante na vida das famílias – salvaguardando sempre os riscos para o bebé e para a mãe, naturalmente – no seguimento daquelas que são as recomendações do Comité CEDAW – Comité de acompanhamento da implementação pelos Estados Parte da

¹ Banco Mundial, dados de 2015.

‘Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres’, das Nações Unidas.”

É possível por isso concluir que, no que diz respeito à capacidade de resposta da intervenção médica, já atingimos um patamar de excelência. É necessário agora haver uma maior atenção à qualidade da assistência, só assim se assegurando uma experiência de maternidade plena. Segundo a White Ribbon Alliance, a noção de segurança perinatal deve ser estendida para além da prevenção de morbilidade ou mortalidade, englobando o respeito pelos direitos humanos fundamentais das mulheres, incluindo o respeito pela sua autonomia, dignidade, sentimentos, escolhas e preferências, incluindo a escolha de um acompanhante².

Em 2015, a Associação Portuguesa Pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto publicou um Inquérito às mulheres sobre as suas experiências de parto, que intitulou de “Experiências de Parto em Portugal”³ e que é elucidativo do caminho que ainda há a percorrer neste âmbito.

Neste inquérito online, que decorreu entre 1/1/2012 e 31/3/2015, participaram 3833 mulheres. Das 23 questões que compunham o inquérito, algumas têm especial relevância no âmbito deste projecto. Verificou-se, nomeadamente, que 97,8% das mulheres declararam ter parido em contexto hospitalar.

No que diz respeito ao tipo de parto, 33,2% das mulheres responderam que tiveram parto por cesariana nos hospitais públicos, o que vai também ao encontro da média nacional⁴. Segundo dados da Entidade Reguladora da Saúde, avançados pelo jornal Público⁵, a taxa de cesarianas no sector privado ascende aos 66%. Portugal é um dos países da União Europeia com maior taxa de cesarianas, tendo inclusivamente sido criada a Comissão para a Redução de Taxa de Cesariana, presidida pelo Professor Doutor Ayres de Campos. Em entrevista à revista Visão⁶, o mesmo Professor, quando questionado sobre o que deve ser dito a um casal que está à espera de um bebé em consulta sobre a cesariana, responde:

² <http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2015/03/MBFBF-guidelines.pdf>

³ http://www.associacaogravidezparto.pt/wpcontent/uploads/2016/08/Experi%C3%AAs_Parto_Portugal_2012-2015.pdf

⁴ http://www.euoperistat.com/images/Comunicado_imprensa_EUOPERISTAT.pdf

⁵ <https://www.publico.pt/2007/05/11/sociedade/noticia/taxa-de-cesarianas-nas-unidades-privadas-ede-66-por-cento-o-dobro-do-sector-publico-1293644>

⁶ <http://visao.sapo.pt/actualidade/sociedade/a-forma-mais-segura-de-nascer-e-de-parto-normal=f821642>

“Eu acho que deve ser dito que, se houver uma indicação qualquer de saúde para fazer uma cesariana ninguém hesita. Mas não havendo, e sabemos que em noventa e tal por cento das situações não há indicação nenhuma, porque a maior parte das grávidas são pessoas saudáveis, a forma mais segura de se ter o bebê é através de um parto normal. Não é de um parto que é provocado, porque isso também tem um risco maior para o bebê e também um risco maior de acabar em cesariana, é de um parto que, chegando a altura certa, o bebê dará sinais de quando é que quer nascer. E começará a ter um trabalho de parto de início espontâneo. É assim que devem nascer a maioria dos bebês em todo o mundo porque é mais seguro. As cesarianas devem ser reservadas para aquelas situações onde há indicação prévia, ou para as situações em que, durante um trabalho de parto não há evolução ou há alguns sinais do bebê que poderá não estar a ser adequadamente oxigenado. Nessas situações, pode e deve ser feita uma cesariana para que ocorra o nascimento de um bebê normal que é o que todos nós queremos”.

Ainda em resposta à mesma questão do inquérito, 47,6% das mulheres tiveram um parto com alguma intervenção, sendo que apenas 19,2% das mulheres revelaram ter tido parto vaginal natural, portanto uma minoria.

Estas respostas são ilustrativas do nível de intervenção médica que existe neste âmbito, tornando o parto cada vez mais instrumentalizado e menos humanizado, quando deveria acontecer exatamente o contrário.

Quando questionadas sobre se tiveram o parto que queriam, 43,5% das mulheres responderam que não. Nesta questão, as mulheres podiam justificar a sua resposta escrevendo um comentário e, apenas a título de exemplo, citamos alguns:

“Não porque tive tudo o que não queria: episiotomia, rebentamento das águas artificialmente, posição de parto deitada”; “não queria que me fizessem a episiotomia, mas nem sequer me deram a escolher”.

A autora do relatório do inquérito conclui: “Estes testemunhos são reveladores de situações e práticas de coerção, de desrespeito pelo direito à recusa e ao consentimento informado, de abuso e de violência obstétrica que persistem nos serviços de saúde materna portugueses”⁷.

⁷ Op. Cit., página 15.

Relativamente à informação sobre as opções de parto, fundamental para escolhas esclarecidas, 43,3% das mulheres inquiridas revelaram que não lhes foi dada qualquer informação sobre as suas possíveis opções, ou seja, indução, cesariana, parto domiciliar, etc.

Cerca de 23% das inquiridas também revelaram desconforto com a posição adoptada para o parto, tendo a obrigação de permanecer numa posição que não era a pretendida afectado a sua experiência.

A questão “perguntaram-me se concordava com cada intervenção ou exame antes de este acontecer?” ganha especial relevância por estarem em causa direitos humanos, tal como foi reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS)⁸ mas também porque 43,8% das mulheres referiram que não lhes foi solicitado consentimento para as intervenções. Ou seja, infelizmente, o resultado do inquérito indicia alguma vulgaridade na prática de actos não consentidos e esclarecidos. Inclusivamente, dispõe o Código Penal, no seu artigo 157.º, que “(...) o consentimento só é eficaz quando o paciente tiver sido devidamente esclarecido sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento (...)”. A referida norma excepciona, naturalmente, as situações de emergência, que são uma minoria. Esta questão dava ainda oportunidade às mulheres de escreverem um comentário, sendo que, se é verdade que houve mulheres que disseram “logo quando fui admitida, entreguei o meu plano de parto e mostrei-me aberta ao diálogo. As enfermeiras foram maravilhosas – leram o plano, discutiram algumas dúvidas (sem nunca pressionar em nenhum sentido) e ao longo do parto, respeitaram EM ABSOLUTO esse mesmo plano”, outras afirmaram que “uma episiotomia não consentida é uma violação. Manifestar intenção de não ser anestesiada foi, no meu caso, uma luta pela qual nenhuma mulher grávida deverá passar... sobretudo num momento como o trabalho de parto” ou “não fui informada acerca de nenhuma intervenção”.

Por fim, importa salientar a percentagem de mulheres que revelaram ter sido sujeitas a episiotomia, intervenção médica que implica uma incisão efectuada na região do

⁸ Declaração da Organização Mundial de Saúde, “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”, disponível online em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf

períneo (área muscular entre a vagina e o ânus) para ampliar o canal parto, que foi de 72,2%. Valor este que vai ao encontro da média de episiotomias nacional. Estes dados têm especial importância por mostrarem como o nosso país está longe de respeitar as recomendações da OMS quanto a esta prática. A OMS recomenda que a taxa de ocorrência desta intervenção seja nula⁹, mas Portugal tem uma taxa de ocorrência de episiotomia de 73%, sendo o segundo país da Europa com a taxa mais alta.¹⁰

Todos estes dados são fundamentais e permitem uma reflexão aprofundada do estado da qualidade do serviço de saúde materna e obstetrícia público e qual deve ser o caminho para que este melhore. Fundamentalmente, é da máxima importância que as mulheres conheçam os seus direitos, tomem decisões esclarecidas e que se verifique um esforço por parte dos profissionais de saúde não só no sentido de prestar esse esclarecimento como de respeitar as escolhas das mulheres. Cuidados de boa qualidade exigem a eliminação de abusos e maus-tratos durante a gravidez e parto, devendo toda a intervenção ser baseada no respeito pela dignidade humana, sem qualquer tipo de discriminação. Em suma, é necessário criar outros indicadores de qualidade que não se cinjam à mortalidade ou aos reinternamentos. As mulheres devem ser incluídas no processo de parto e deixar de ser entendidas como meras testemunhas do mesmo, mas para isso é necessário mudar o paradigma actual de parto para um mais centrado na mulher e na sua experiência. Deverá fomentar-se o parto fisiológico, com possibilidade de apoio continuado, por forma a que aumente o número de partos naturais e que estes sejam vistos e sentidos como experiências felizes e empoderadoras pelas mulheres e pelos profissionais de saúde.

Daí a importância do plano de parto. Este plano é um documento onde devem ser registadas as preferências da grávida para o trabalho de parto, para o parto e para o pós-parto. Por exemplo, se quer ou não ser sujeita a analgesia epidural, se pretende que a posição de parto seja a deitada ou outra, etc. A elaboração deste plano deve realizar-se em conjunto com o prestador de cuidados de saúde – ou pelo menos com o seu apoio –, de forma a que a mulher possa ter acesso a todas as informações

⁹ http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care/guidelines/en/?fbclid=IwAR3fsimJFXm9pHwnScOo4DpOjbMax-DxPMFa9NcsyLYWpxmQ_ovAyj-jobw

¹⁰ http://www.europeristat.com/images/Comunicado_imprensa_EUROPERISTAT.pdf

relevantes neste âmbito e lhe sejam explicadas as várias opções, e para que esta possa colocar as suas dúvidas e expressar as suas preocupações. Este plano deve ser flexível, pois o trabalho de parto é imprevisível. A chave para o sucesso está no diálogo.

Assim, para se chegar a um serviço de excelência, é necessária a participação das mulheres, da comunidade, dos profissionais de saúde, dos organismos de educação e certificação, das associações profissionais... em suma, de todos os intervenientes. A partilha de experiências certamente resultará na melhoria das condições de trabalho dos profissionais e dos partos para as famílias.

Ora, referentemente a esta problemática, o PAN apresentou no dia 12 de Junho de 2017 o Projecto de Resolução 928/XIII, o qual recomendava ao Governo que actuasse no sentido de assegurar o cumprimento dos direitos das mulheres na gravidez e no parto. Este projecto concretizava as seguintes recomendações para que o Governo:

- 1) Proceda à implementação do plano de parto institucional;
- 2) Crie um questionário de satisfação às mulheres e aos profissionais de saúde nos serviços de saúde materna e obstetrícia;
- 3) Dê cumprimento às recomendações da OMS, nomeadamente:
 - Comece, apoie e mantenha programas desenhados para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna, com forte enfoque no cuidado respeitoso como componente da qualidade da assistência;
 - Enfatize os direitos das mulheres a uma assistência digna e respeitosa durante a gravidez e o parto junto dos profissionais de saúde materna e obstetrícia e das mulheres;
 - Envolver todos os interessados, incluindo obviamente as mulheres, nos esforços para melhorar a qualidade da assistência e eliminar o desrespeito e as práticas abusivas.

Outra problemática neste âmbito que tem fomentado a luta do PAN prende-se com o direito ao acompanhamento das mulheres grávidas.

O direito ao acompanhamento das mulheres grávidas tem já sido várias vezes discutido.

A título de exemplo, o Despacho n.º 5344-A/2016, de 19 de Abril visa o direito de acompanhamento da mulher grávida durante todas as fases do trabalho de parto estabelecendo igualmente as medidas e os procedimentos necessários do ponto de vista da segurança da mulher grávida e da criança para que o pai, a outra mãe ou outra pessoa significativa possa estar presente num bloco operatório para assistir ao nascimento de uma criança por cesariana.

O nascimento de uma criança assume especial relevância na tríade pai/mãe/criança ou outra formulação familiar, comportando um elevado envolvimento emocional e psicológico, criando igualmente um vínculo que se projecta para o futuro da própria criança.

Existem estudos sublinham dois aspectos significativos:

- que os acompanhantes da mulher grávida participantes no trabalho de parto ficam mais envolvidos e emocionalmente mais presentes na vida das crianças a nascer;
- As parturientes com maior suporte emocional conferido pelos respectivos acompanhantes apresentam menor probabilidade de desenvolver depressões pós-parto.

Segundo Maria José Silva Lemos¹¹, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, “a presença do pai na sala de partos é de grande utilidade pois permite estreitar os laços mais íntimos, consolidando a união familiar e proporcionando bem-estar à grávida. Apesar dos enormes avanços que têm ocorrido no sentido de aproximar os pais de uma maior vivência da gravidez e parto, são ainda muito fortes as forças e os fatores que historicamente os têm excluído. Na nossa prática, temos constatado que estes fatores podem ser modificados por meio de programas, como a preparação para a parentalidade, na qual promovemos a participação do pai na gravidez e no parto.”

¹¹ No artigo O Pai “Grávido”, disponível online em <http://bit.ly/2sWCff8>

Acrescenta ainda que “o momento do parto, não é apenas o final da gravidez, mas é também o início real e físico da paternidade. Os primeiros minutos e horas depois do parto são importantes para o desenvolvimento do papel de mãe e de pai. Porque são capazes de sentir que o filho realmente lhes pertence e vice-versa.”

O momento imediatamente a seguir ao nascimento é referido como um período único na vida dos responsáveis parentais e da própria criança, sendo essencial para a estruturação de laços vinculativos entre estes. Segundo a mesma especialista, o papel do pai [ou, acrescentamos, a outra mãe] durante o parto “parece ser um dos aspectos mais relevantes entre os factores que influenciam positivamente o comportamento materno e o processo de vinculação mãe/filho em particular no contato pele a pele no pós-parto. A presença do pai na sala de partos vai diminuir a ansiedade e o stress sentido pela mulher. As mulheres acompanhadas durante o trabalho de parto estão mais sossegadas e relaxadas, manifestando mais prazer no primeiro contato com os seus filhos.”

Tal fenómeno demonstra a importância da presença de ambos os responsáveis parentais num momento que é tão especial para a família, o do nascimento do seu filho ou filha.

Importa, no entanto, referir que historicamente as mulheres, no momento do parto, sempre foram apoiadas por outras mulheres. Contudo, desde meados do século XX, a maioria das mulheres passou a parir em hospitais, e por isso se perdeu a prática deste acompanhamento continuado.

Esta mudança no que diz respeito ao local dos nascimentos foi um marco importante, dado que permitiu uma redução acentuada da morbilidade, tanto das parturientes como dos bebés, mas teve como consequência a impossibilidade de acompanhamento das mulheres como era normal fazer-se até àquela época.

Volvidos cerca de 60 anos, é possível perceber melhor as vantagens do parto hospitalar mas também os benefícios de permitir um apoio continuado à mulher.

Destarte, a preocupação com a desumanização do parto tem vindo a fazer com que vários países, entre eles por exemplo o Reino Unido, tenham retornado ao sistema de

apoio contínuo, das mulheres para as mulheres¹². Este é um apoio emocional que implica a presença permanente da pessoa em questão, a partilha de experiências de parto, conselhos e medidas de conforto a adoptar e a ajuda na comunicação com terceiros.

Existem duas explicações complementares para a importância do apoio continuado no parto e os benefícios que o mesmo traz para os pais e a criança, suportadas por vários estudos científicos. Chalmers e Hofmeyr afirmam que o apoio continuado melhora a fisiologia do trabalho de parto assim como traz segurança à mulher e maior sentimento de competência no momento do nascimento, reduzindo a necessidade de intervenções médicas¹³.

O momento do parto é particularmente vulnerável para as mulheres, daí o ambiente em que se encontram ser tão importante. A medicina obstétrica moderna sujeita as mulheres a elevados níveis de intervenções médicas, a um atendimento pouco pessoal e a determinadas rotinas que podem ser experienciadas pelas mulheres como invasivas, verificando-se em alguns casos manifesta falta de privacidade. Todos estes factores podem elevar o nível de stress da mulher e diminuir a qualidade da sua experiência de parto. Além disso, podem ter efeitos adversos no progresso do parto e no desenvolvimento de sentimentos de competência e confiança. Por outro lado, podem também prejudicar a adaptação à parentalidade e ao processo da amamentação, e aumentar o risco de depressão. A possibilidade de apoio e companheirismo durante o trabalho de parto pode, em certa medida, amortecer tais factores de stress.

O segundo estudo aborda principalmente os efeitos fisiológicos do apoio continuado, concluindo que este provoca a diminuição do stress o que por sua vez aumenta a probabilidade de parto natural, ou seja, sem qualquer intervenção médica, assim como diminui a probabilidade de utilização de fórceps ou outras técnicas que são

¹² Klaus MH, Kennell JH, Klaus PH. *The doula book: how a trained labor companion can help you have a shorter, easier and healthier birth*. 2nd Edition. Cambridge, MA: Perseus Books, 2002.

¹³ Chalmers B, Wolman WL, Hofmeyr GJ, Nikodem C. *Companionship in labour and the mother-infant relationship: preliminary report of a randomised trial*. Proceedings of the 9th Conference on Priorities in Perinatal Care; 1990 March; Johannesburg, South Africa. 1990:139-41.

utilizadas para auxiliar ou provocar a expulsão da criança, para além de aumentar o sentimento de satisfação com o parto por parte das mulheres¹⁴.

A optimização das relações fetopélvicas pode ocorrer incentivando-se a mobilidade e o uso efetivo da gravidade, apoiando as mulheres a assumirem as suas posições preferenciais e recomendando posições específicas para situações específicas. Estudos sobre as relações entre medo e ansiedade, a resposta ao stress e as complicações da gravidez mostraram que a ansiedade durante o parto está associada a altos níveis da hormona de stress epinefrina no sangue, o que, por sua vez, pode levar a padrões anormais de frequência cardíaca fetal no trabalho de parto, diminuição da contratilidade uterina e uma fase de trabalho ativa mais longa¹⁵¹⁶. Como tal, é reconhecido que o apoio emocional, a informação e o conselho, as medidas de conforto e o empoderamento da mulher podem reduzir a ansiedade e o medo, e conseqüentemente os efeitos adversos associados, durante o trabalho de parto.

Em suma, deve-se envidar todos os esforços para garantir que os ambientes de nascimento sejam empoderadores para as mulheres, não stressantes, permitam privacidade, comuniquem respeito e não sejam caracterizados por intervenções rotineiras que agregam riscos sem benefícios claros, sendo que a presença do outro responsável parental e de um acompanhante podem ser um meio fulcral para a obtenção desse ambiente.

Ora, atendendo ao já exposto, encontra-se assente que a presença de ambos os responsáveis parentais pode contribuir para essa humanização e, conseqüente, desmedicalização. Por outro lado, a mulher deve ter o direito de fazer as opções que considere melhores para si e para obter o ambiente necessário para ocorrer o nascimento do seu filho e, por isso, pode ser determinante para ela a possibilidade de, além do outro responsável parental – que não pode ser considerado um mero

¹⁴ Hodnett ED, Lowe NK, Hannah ME, Willan AR, Stevens B, Weston JA, et al. Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals. A randomized controlled trial. *JAMA*2002;288(11):1373-81.

¹⁵ Lederman RP, Lederman E, Work BA, Jr, McCann DS. The relationship of maternal anxiety, plasma catecholamines, and plasma cortisol to progress in labor. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*1978;132(5):495-500.

¹⁶ Lederman E, Lederman RP, Work BA Jr, McCann DS. Maternal psychological and physiologic correlates of fetal-newborn health status. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*1981;139(8):956-8.

acompanhante –, escolher uma pessoa que possa auxiliar o casal naquele momento. Por exemplo, muitas mulheres vêem-se na situação de ter de escolher entre o/a outro/a progenitor/a da criança ou a sua própria mãe para estarem presentes. Sendo que a presença da figura materna lhes proporciona o conforto e segurança que eventualmente a equipa médica pode não conseguir trazer, precisamente pela falta de familiaridade. A própria necessidade de escolha pode ser um fator de stress.

Tal regime permitiria um acompanhamento contínuo mais efectivo, pois, desde o momento em que a mulher grávida entra no hospital até ao momento em que a criança nasce, podem passar horas ou até mesmo dias, sendo natural que o outro responsável parental tenha de se ausentar pelos mais diversos motivos, deixando a mulher sozinha por períodos mais ou menos longos. Assim, caso seja dada possibilidade ao casal de escolher mais um acompanhante, assegura-se que a mulher não terá de ficar sozinha, reduzindo-se o stress do casal.

Deste modo, e tendo em conta os benefícios já mencionados do apoio continuado, do direito do outro responsável parental a assistir ao nascimento do seu filho e dos benefícios que se verificam para ambos (progenitor e filho), aliado ao facto de já existirem limitações para a presença de acompanhante nos casos de situações clínicas graves em que a sua presença não seja aconselhável, o PAN considera que deve ser clarificado o direito do outro responsável parental a estar presente, bem como o direito de o casal escolher um acompanhante que possa prestar apoio a ambos, tentando ao máximo assegurar que se consiga uma experiência de parto segura e feliz para todos os intervenientes.

No âmbito desta questão, o PAN apresentou no dia 12 de Junho de 2017, o Projecto de Lei 555/XIII (Garante a assistência parental ao parto), o qual pretendia estabelecer que responsável parental não fosse considerado acompanhante, sendo a respectiva presença sempre admitida.

Assim, nos termos constitucionais e regimentais aplicáveis, o Deputado do PAN apresenta o seguinte projecto de lei:

Artigo 1.º

Objecto

A presente Lei visa reforçar os direitos das mulheres na gravidez e no parto, procedendo à segunda alteração da Lei n.º 15/2014, de 21 de Março, relativa aos direitos e deveres do utente dos serviços de saúde.

Artigo 2.º

Alteração à Lei n.º 15/2014, de 21 de Março

É alterado o artigo 12.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de Março, o qual passa a ter a seguinte redacção:

«Artigo 12.º

(...)

1 - (...).

2 – É reconhecido à mulher grávida, o pai ou outra mãe ou outra pessoa de referência o direito a participar na assistência clínica da gravidez.

3 – É reconhecido à mulher grávida o direito ao acompanhamento na assistência clínica da gravidez, por qualquer pessoa por si escolhida.

4 – É reconhecido à mulher grávida o direito de, a qualquer momento, prescindir do direito ao acompanhamento durante a assistência clínica bem como em todas ou algumas fases do trabalho de parto.

5 - Anterior n.º 2.

Artigo 3.º

Aditamento à Lei n.º 15/2014, de 21 de Março

São aditados à Lei n.º 15/2014, de 21 de Março, os artigos 9.º-A, 12.º-A, 12.º-B, 13.º-A e 16.º-A com as seguintes redacções:

«9.º-A

Questionário de satisfação serviços de saúde materna e obstetria

É criado um questionário de satisfação às mulheres e aos profissionais de saúde nos serviços de saúde materna e obstetrícia.

Artigo 12.º – A

Cursos de preparação para o parto e parentalidade

1. Serão ministrados Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade, com o objectivo de desenvolver a confiança e promover competências na grávida/casal/família para uma adequada vivência da gravidez, parto, puerpério e transição para a parentalidade.
2. Os Cursos devem envolver uma equipa multidisciplinar, englobando uma componente teórica e outra prática e devem ocorrer, preferencialmente nos cuidados de saúde primários, em horário pós-laboral, de modo a que a grávida, o futuro pai, outros responsáveis parentais ou pessoa de referência, que trabalhem, possam neles participar.
3. No âmbito dos Cursos, deve ainda proceder-se à preparação e apoio da grávida ou do casal para a elaboração do Plano de Nascimento, preferencialmente até às 36 semanas de gestação.
4. Os Cursos devem contemplar a realização de uma visita ao local onde se prevê que o parto venha a ocorrer em articulação com a equipa dessa unidade de saúde.
5. O Plano de Nascimento previsto no n.º 3 é apresentado e discutido com a equipa da unidade de saúde onde se prevê que o parto venha a ocorrer, envolvendo os profissionais de saúde, a grávida ou o casal.
6. Nestes Cursos, a par do desenvolvimento de competências para o desempenho da maternidade, deve merecer destaque semelhante a preparação para o exercício da paternidade cuidadora.
7. Os conteúdos dos Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade são definidos pela Direcção-Geral da Saúde através de orientações e normas técnicas.

Artigo 12.º – B

Plano de Parto institucional

- 1- Os serviços de saúde que acompanhem grávidas/casais garantem o seu direito a um Plano de Parto, salvo se os mesmos declararem expressamente que não pretendem ter um Plano de Nascimento, onde deverão ser registadas as preferências da grávida para o trabalho de parto, para o parto e para o pós-parto.
- 2- O plano deve ser realizado em conjunto com o prestador de cuidados de saúde – ou pelo menos com o seu apoio – de forma a transmitir todas as informações relevantes neste âmbito à mulher grávida/casal nas consultas de seguimento da gravidez ou nos cursos de preparação para o nascimento e parentalidade.
3. A vontade manifestada por parte da grávida ou do casal no Plano de Parto deve ser respeitada, salvo em situações clínicas excepcionais que o inviabilizem, tendo em vista preservar a segurança da mãe, do feto ou do recém-nascido, as quais devem ser sempre comunicadas à grávida ou ao casal, estando condicionada aos recursos logísticos e humanos disponíveis no momento do parto.
4. O Plano de Parto deve contemplar as práticas aconselhadas pelos conhecimentos científicos, bem como englobar procedimentos para os quais a equipa de saúde considere ter condições ou experiência para os realizar com segurança.
5. Em todo o processo do parto, é assegurado o cumprimento do consentimento informado, esclarecido e livre, por parte da grávida.
6. A grávida pode a todo o tempo, inclusive durante o trabalho de parto, modificar as preferências manifestadas previamente no Plano de Parto.
7. Para efeitos do disposto nos números anteriores, a Direcção-Geral da Saúde deve definir, através de orientações e normas técnicas, o conteúdo orientador do modelo do Plano de Parto, garantindo-se progressivamente a desmaterialização dos suportes nesta matéria.

Artigo 13.º-A

Impedimento do acompanhante

Não é permitido a pessoa contra quem se encontre instaurado procedimento criminal pela prática de crime de violação, de abuso sexual e/ou de violência doméstica, de que a mulher grávida seja vítima, ser acompanhante dessa mesma vítima grávida, parturiente ou puérpera.

Artigo 16.º-A

Responsável Parental

O responsável parental não é considerado acompanhante pelo que a sua presença deverá sempre ser admitida, independentemente da presença de um acompanhante, nos termos do disposto nos artigos 16.º e 17.º, salvo se se mostrar prejudicial para o bem-estar da parturiente.»

Artigo 4.º

Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor no primeiro dia do mês seguinte ao da sua publicação.

Assembleia da República, Palácio de S. Bento, 03 de Dezembro de 2018

O Deputado

André Silva