

Projecto de Resolução n.º 31/XIV/1ª

Recomenda ao Governo a adopção de medidas que permitam reforçar os direitos das mulheres na gravidez e no parto

Em 2017, morreram em Portugal nove mulheres durante a gravidez, parto ou pós-parto. A taxa de mortalidade materna — de nove mulheres em 86.154 nascimentos, o que equivale a 10,4 óbitos por um valor referência de 100 mil nascimentos — não estava tão alta desde 1991, ano em que nasceram em Portugal 116 mil bebés e em que morreram 12 mulheres por cada cem mil nascimentos. Em 2016, Portugal já era o quarto país da União Europeia com a taxa mais elevada de mortalidade materna, apenas atrás da Estónia, Hungria e Letónia. A mortalidade infantil está também a aumentar, tendo morrido mais de 60 crianças no primeiro ano de vida em 2018. Estes dados são preocupantes e merecem a nossa reflexão.

É, também, essencial dar 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 acompanhante¹. De igual forma, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem defendido que apesar dos substanciais progressos alcançados, os países precisam de consolidar e aumentar os seus avanços e de alargar os seus objectivos para além da sobrevivência, com vista a maximizar a saúde e o potencial das suas populações.²

Em 2015, a Associação Portuguesa Pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto publicou os resultados de um Inquérito online, que decorreu entre 1/1/2012 e 31/3/2015 e no qual participaram 3833 mulheres, sobre as suas experiências de parto, que intitulou de

¹ <http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2015/03/MBFBF-guidelines.pdf>

² Cfr. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12-por.pdf?jsessionid=AB4441092EC602CC98DD53F22722EC4B?sequence=2>

“Experiências de Parto em Portugal”³ e que é elucidativo do caminho que ainda há a percorrer neste âmbito.⁴

Atendendo a 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 teve parto por cesariana nos hospitais públicos, o que vai também ao encontro da média nacional.⁵ Segundo dados da Entidade Reguladora da Saúde, avançados pelo jornal Público⁶, 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 Visão⁷, 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:

“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 bebé é através de um parto normal. Não é de um parto que é provocado, porque isso também tem um risco maior para o bebé e também um risco maior de acabar em cesariana, é de um parto que, chegando a altura certa, o bebé 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 bebés 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 bebé que poderá não estar a ser adequadamente oxigenado. Nessas situações, pode

³http://www.associacaogravidezeparto.pt/wp-content/uploads/2016/08/Experi%C3%Aancias_Partos_Portugal_2012-2015.pdf

⁴ A Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto iniciou recentemente a 2.ª edição do inquérito “Experiências de Parto em Portugal” que, lançado há quatro dias, conta já com mais de 4500 participações.

⁵ http://www.europeristat.com/images/Comunicado_imprensa_EUOPERISTAT.pdf

⁶ <https://www.publico.pt/2007/05/11/sociedade/noticia/taxa-de-cesarianas-nas-unidades-privadas-e-de-66-por-cento-o-dobro-do-sector-publico-1293644>

⁷ <http://visao.sapo.pt/actualidade/sociedade/a-forma-mais-segura-de-nascer-e-de-parto-normal=f821642>

e deve ser feita uma cesariana para que ocorra o nascimento de um bebé 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, o que constitui claramente 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. A título de exemplo, foi respondido que “Não porque tive tudo o que não queria: episiotomia, rebentamento das águas artificialmente, posição de parto deitada” e “não queria que me fizessem a episiotomia, mas nem sequer me deram a escolher”. Face aos comentários, a autora do relatório do Inquérito conclui que “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”.⁸

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 afectando 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

⁸ Op. Cit., página 15

reconhecido pela OMS⁹, mas também porque 43,8% das mulheres referiram que não lhes foi solicitado consentimento para as intervenções, o que indicia alguma vulgaridade na prática de actos não consentidos e esclarecidos. Não podemos ignorar o disposto no Código Penal que, sobre o dever de esclarecimento em Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos, no seu artigo 157.º refere 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 (...)”, excepcionando a referida norma apenas, naturalmente, as situações de emergência, que representam a minoria das situações. Sobre este aspecto, no referido Inquérito, 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”.

Importa, ainda, salientar a percentagem de mulheres que revelaram ter sido sujeitas a episiotomia, intervenção médica que implica uma incisão efetuada na região do períneo (área muscular entre a vagina e o ânus) para ampliar o canal de 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 Organização Mundial de Saúde (OMS) quanto a esta prática. A OMS recomenda que a taxa de ocorrência desta intervenção não ultrapasse os 10%¹⁰, mas Portugal tem uma taxa de ocorrência de episiotomia de 73%, sendo o segundo país da Europa com a taxa mais alta.¹¹

⁹ Cfr. 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

¹⁰ World Health Organization. Classification of practices in normal birth. In: Care in normal birth: a practical guide. Geneva; 1996. p. 34-7. (WHO Technical Report Series FRH/MSM/96.24)

¹¹ http://www.euoperistat.com/images/Comunicado_imprensa_EUOPERISTAT.pdf

Por último, depois do relatório especial sobre maus-tratos e violência contra as mulheres nos serviços de saúde reprodutiva, apresentado este ano na Assembleia Geral das Nações Unidas,¹² a Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa pronunciou-se sobre este tema.

Na Resolução 2306 de 2019¹³, a “Violência obstétrica e ginecológica” é considerada “uma forma de violência que tem sido ocultada e demasiadas vezes ignorada. Na privacidade de uma consulta médica ou do parto, as mulheres são vítimas de práticas que são violentas ou perçecionadas enquanto tal. Estas incluem atos inapropriados ou não consensuais, tais como episiotomias e exames vaginais efetuados sem consentimento, pressão fúndica uterina ou intervenções dolorosas sem anestesia. Também foi reportado comportamento sexista na decorrência de consultas médicas.”

De modo a promover cuidados “humanos, respeitosos e dignos”, o Conselho da Europa recomenda aos estados-membros a disseminação das boas práticas identificadas pela Organização Mundial de Saúde, a promoção de educação e estratégias de sensibilização acerca de todos os tipos de discriminação e violência de género, na qual a violência obstétrica se insere, a implementação de mecanismos legais para o seu combate e a provisão de assistência às vítimas, entre outras recomendações. A formação dos profissionais de saúde é considerado um factor-chave para a erradicação deste tipo de violência, sendo recomendada uma “particular importância à relação entre provedores de cuidados e pacientes, o conceito de consentimento informado, igualdade entre mulheres e homens, a recepção de pessoas LGBTI, pessoas com incapacidades e pessoas vulneráveis, comunicação, a prevenção de sexismo e violência e a promoção de uma abordagem humana aos cuidados”.

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

¹² Cfr. <https://digitallibrary.un.org/record/3823698?ln=en>

¹³ Cfr. http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=28236&lang=en&fbclid=IwAR1Fs_3dBoi-tKCM7djPEsTgGik2ZWjLbuBM4yDJfDPvo2FX5imvAE6xSow

escolhas das mulheres. Cuidados de boa qualidade exigem a eliminação de abusos e maus-tratos durante a gravidez, parto e pós-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.

Para todo este processo, é essencial a participação das mulheres, da comunidade, dos profissionais de saúde, dos organismos de educação e certificação e das associações profissionais. A partilha de experiências certamente resultará na melhoria das condições de trabalho dos profissionais e dos partos para as famílias.

Nestes termos, a Assembleia da República, nos termos do n.º 5 do artigo 166.º da Constituição, por intermédio do presente Projecto de Resolução, recomenda ao Governo que:

1. Desenvolva uma campanha nacional de promoção de educação e sensibilização sobre todos os tipos de discriminação e violência de género, na qual a violência obstétrica se insere, junto do público em geral e, em particular, dos profissionais dos serviços de saúde materna e obstetria, conforme recomenda o Conselho da Europa;
2. Crie um questionário de satisfação às mulheres e aos profissionais nos serviços de saúde materna e obstetria;
3. Dê cumprimento às recomendações da Organização Mundial de Saúde, nomeadamente:

- a. 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;
 - b. 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;
 - c. Envolver todos os interessados, incluindo obviamente as mulheres, nos esforços para melhorar a qualidade da assistência e eliminar o desrespeito e as práticas abusivas.
4. Promova a realização e divulgação de um estudo sobre situações de abuso, desrespeito e utilização de práticas não consentidas durante a gravidez o parto em instituições de saúde;
 5. Crie um Grupo de Trabalho que integre nomeadamente associações dos profissionais de saúde e organizações da sociedade civil para promoção do parto e processo de parto humanizado e, adoptando as boas práticas promovidas pela Organização Mundial de Saúde, elabore recomendações;
 6. Promova o reforço da formação dos profissionais de saúde, que aborde nomeadamente a relação entre provedores de cuidados e pacientes, o conceito de consentimento informado, a igualdade de género, o atendimento de pessoas LGBTI+, pessoas com incapacidades e pessoas vulneráveis, comunicação e a promoção de uma abordagem humana aos cuidados de saúde;
 7. Crie mecanismos de denúncia de situações de abuso, desrespeito e utilização de práticas não consentidas durante o parto em instituições de saúde;
 8. Adote medidas de redução da taxa de episiotomia, respeitando as recomendações da Organização Mundial de Saúde sobre esta prática, nomeadamente através da promoção do parto fisiológico e respeitado e de cuidados prestados em parceria com



a mulher, que implicam informação, a oferta de diferentes opções e o respeito pelas suas escolhas.

Palácio de São Bento, 7 de Novembro de 2019

As deputadas e o deputado,

André Silva

Bebiana Cunha

Cristina Rodrigues

Inês de Sousa Real