

[Projeto de Lei n.º 963/XV/2.ª \(BE\)](#)

Comissão nacional para os direitos na gravidez e no parto

Data de admissão: 25/10/2023

Comissão de Saúde (9.ª)

ÍNDICE

- I. [A INICIATIVA](#)
- II. [APRECIÇÃO DOS REQUISITOS CONSTITUCIONAIS, REGIMENTAIS E FORMAIS](#)
- III. [ENQUADRAMENTO JURÍDICO NACIONAL](#)
- IV. [ENQUADRAMENTO JURÍDICO NA UNIÃO EUROPEIA E INTERNACIONAL](#)
- V. [ENQUADRAMENTO PARLAMENTAR](#)
- VI. [CONSULTAS E CONTRIBUTOS](#)
- VII. [ENQUADRAMENTO BIBLIOGRÁFICO](#)

I. A INICIATIVA

O proponente começa por sublinhar que a violência obstétrica é uma realidade que não é conhecida por todos porque, por um lado, os episódios suscetíveis de configurar este tipo de violência não são registados, por outro lado, devido ao facto de muitos utentes não os denunciarem e, por fim, porque alguns profissionais ainda não os sabem identificar.

Aponta alguns fatores que contribuem para a existência deste tipo de prática que compromete os direitos das mulheres na gravidez e no parto: *i)* o «contexto geral de degradação dos serviços de saúde», *ii)* a carência de profissionais, *iii)* a dificuldade em estabilizar escalas e em manter os serviços em pleno funcionamento; *iv)* o encerramento de urgências; e *v)* a implementação de planos que preveem um regime de rotatividade no encerramento das maternidades.

Na exposição de motivos, o proponente refere que os fatores elencados podem levar, conseqüentemente, a que se recorra a unidades que optam por técnicas para provocar o parto, a cesarianas não justificadas e a práticas que desrespeitam o plano de parto legalmente previsto.

Por outro lado, defende que são também susceptíveis de causar «incerteza e ansiedade a muitas mulheres no momento do parto», ora porque podem levar a que grávidas percorram grandes distâncias até à unidade hospitalar que estiver em funcionamento naquele momento, ora porque não conhecem a equipa que as irá acompanhar, ora também porque algumas vezes não é possível cumprir o direito a acompanhante.

Conclui o proponente que o exposto contribui para a existência da violência obstétrica, defendendo, por isso, a criação da Comissão Nacional para os Direitos na Gravidez e no Parto.

Assim, a iniciativa em apreço visa a criação de uma Comissão Nacional para os Direitos na Gravidez e no Parto, que assegure a elaboração de relatórios com dados oficiais, a realização de campanhas de informação contra a violência obstétrica e pelo respeito dos direitos na gravidez e no parto.

A iniciativa tem seis artigos: o primeiro determina o seu objeto, o segundo a criação da Comissão Nacional para os Direitos na Gravidez e no Parto, o terceiro refere-se à composição da Comissão, o quarto determina seu financiamento e funcionamento, o quinto prevê a necessidade de regulamentação pelo Governo no prazo de 60 dias e o sexto estabelece a entrada em vigor da lei.

II. APRECIÇÃO DOS REQUISITOS CONSTITUCIONAIS, REGIMENTAIS E FORMAIS

▪ Conformidade com os requisitos constitucionais e regimentais

A iniciativa em apreciação é apresentada pelos Deputados do Grupo Parlamentar do Bloco de Esquerda (BE), ao abrigo e nos termos do n.º 1 do artigo 167.º da [Constituição da República Portuguesa¹ \(Constituição\)](#) e do n.º 1 do artigo 119.º do [Regimento da Assembleia da República² \(Regimento\)](#), que consagram o poder de iniciativa da lei. Trata-se de um poder dos Deputados, por força do disposto na alínea *b*) do artigo 156.º da Constituição e na alínea *b*) do n.º 1 do artigo 4.º do Regimento, bem como dos grupos parlamentares, por força do disposto na alínea *g*) do n.º 2 do artigo 180.º da Constituição e da alínea *f*) do artigo 8.º do Regimento.

A iniciativa assume a forma de projeto de lei, em conformidade com o disposto no n.º 2 do artigo 119.º do Regimento. Encontra-se redigida sob a forma de artigos, é precedida de uma breve exposição de motivos e tem uma designação que traduz sinteticamente o seu objeto principal, cumprindo assim os requisitos formais previstos no n.º 1 do artigo 124.º do Regimento.

São também respeitados os limites à admissão da iniciativa estabelecidos no n.º 1 do artigo 120.º do Regimento, uma vez que a mesma parece não infringir a Constituição ou os princípios nela consignados e define concretamente o sentido das modificações a introduzir na ordem legislativa.

¹ Diploma disponível no sítio da *Internet* da Assembleia da República.

² Diploma disponível no sítio da *Internet* da Assembleia da República.

O projeto de lei em apreciação deu entrada a 23 de outubro de 2023, acompanhado da respetiva [ficha de avaliação prévia de impacto de género](#). Foi admitido e baixou na generalidade à Comissão de Saúde (9.^a), por despacho do Presidente da Assembleia da República, a 25 de outubro.

▪ **Verificação do cumprimento da lei formulário**

A [Lei n.º 74/98, de 11 de novembro](#),³ alterada e republicada pela [Lei n.º 43/2014, de 11 de julho](#), de ora em diante designada como lei formulário, contém um conjunto de normas sobre a publicação, identificação e formulário dos diplomas que são relevantes em caso de aprovação da presente iniciativa.

O título da presente iniciativa legislativa - «Comissão nacional para os direitos na gravidez e no parto», traduz sinteticamente o seu objeto, mostrando-se conforme ao disposto no n.º 2 do artigo 7.º da lei formulário. Não obstante, em caso de aprovação, o título poderá, ainda assim, ser objeto de aperfeiçoamento formal, em sede de apreciação na especialidade ou em redação final.

Sendo esta iniciativa aprovada, a mesma revestirá a forma de lei, nos termos do n.º 3 do artigo 166.º da Constituição, pelo que deve ser objeto de publicação na 1.ª série do Diário da República, em conformidade com o disposto na alínea c) do n.º 2 do artigo 3.º da lei formulário.

No que respeita ao início de vigência, o artigo 6.º deste projeto de lei, ao estabelecer a sua entrada em vigor no dia seguinte ao da sua publicação, produzindo efeitos com a entrada em vigor do Orçamento do Estado subsequente à sua publicação, mostra-se conforme com o previsto no n.º 1 do artigo 2.º da lei formulário, segundo o qual os atos legislativos «entram em vigor no dia neles fixado, não podendo, em caso algum, o início de vigência verificar-se no próprio dia da publicação».

Nesta fase do processo legislativo, a iniciativa em análise não nos suscita outras questões no âmbito da lei formulário.

³ Texto consolidado da lei formulário disponível no sítio da *Internet* da Assembleia da República.

▪ Conformidade com as regras de legística formal

A elaboração de atos normativos da Assembleia da República deve respeitar regras de legística formal, constantes do [Guia de Legística para a Elaboração de Atos Normativos](#)⁴, por forma a garantir a clareza dos textos normativos, mas também a certeza e a segurança jurídicas.

A alínea c) do artigo 2.º da presente iniciativa faz uma remissão para «o registo de procedimentos previsto no artigo 7.º da presente lei». Sucede, porém, que esta iniciativa tem, apenas, seis artigos, sendo que a referência a este artigo respeitará, presume-se, ao artigo 7.º do Projeto de Lei n.º 962/XV/2.ª (BE) – «Promove a erradicação da violência obstétrica», cuja epígrafe é, precisamente, «Registo de procedimentos». Sugere-se que esta remissão possa ser corrigida em sede de apreciação na especialidade ou em redação final.

Na presente fase do processo legislativo, a iniciativa em apreço não nos parece suscitar outras questões no âmbito da legística formal, sem prejuízo da análise mais detalhada a ser efetuada no momento da redação final.

III. ENQUADRAMENTO JURÍDICO NACIONAL

A [Constituição](#)⁵ inclui várias previsões legais relevantes no âmbito da proteção das mulheres na gravidez e no parto e da proteção da sua integridade física e moral. São elas:

1. O direito à integridade física e moral previsto no [artigo 25.º](#), nos termos do qual «A integridade moral e física das pessoas é inviolável» (n.º 1) e «Ninguém pode ser submetido a tortura, nem a tratos ou penas cruéis, degradantes ou desumanos» (n.º 2);
2. O direito à saúde previsto no [artigo 64.º](#), que impõe a proteção da saúde de todos e o dever de a defender e promover;

⁴ Hiperligação para o sítio da *Internet* da Assembleia da República.

⁵ Texto consolidado retirado do sítio da Assembleia da República. Todas as referências legislativas relativas à Constituição são feitas para este portal oficial, salvo indicação em contrário. Consultas efetuadas a 02/11/2023.

3. A proteção da parentalidade e da maternidade pelo Estado e a consagração do direito das mulheres a proteção especial durante a gravidez e após o parto ([artigo 68.º](#)).

O [Código Penal](#)⁶ estabelece, no [artigo 150.º](#), n.º 1, que «As intervenções e os tratamentos que, segundo o estado dos conhecimentos e da experiência da medicina, se mostrarem indicados e forem levados a cabo, de acordo com as *leges artis*, por um médico ou por outra pessoa legalmente autorizada, com intenção de prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar doença, sofrimento, lesão ou fadiga corporal, ou perturbação mental, não se consideram ofensa à integridade física», acrescentando no n.º 2 que «As pessoas indicadas no número anterior que, em vista das finalidades nele apontadas, realizarem intervenções ou tratamentos violando as *leges artis* e criarem, desse modo, um perigo para a vida ou perigo de grave ofensa para o corpo ou para a saúde são punidas com pena de prisão até 2 anos ou com pena de multa até 240 dias, se pena mais grave lhes não couber por força de outra disposição legal.»

De acordo com Manuel da Costa Andrade⁷, este preceito «deve ser lido numa relação de integração sistemática e de complementaridade normativa com os arts. 156.º (Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários) e 157.º (Dever de esclarecimento).» De facto, de acordo com o [artigo 156.º](#), «As pessoas indicadas no artigo 150.º que, em vista das finalidades nele apontadas, realizarem intervenções ou tratamentos sem consentimento do paciente são punidas com pena de prisão até 3 anos ou com pena de multa» (n.º1), prevendo o [artigo 157.º](#) que «Para efeito do disposto no artigo anterior, 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, salvo se isso implicar a comunicação de circunstâncias que, a serem conhecidas pelo paciente, poriam em perigo a sua vida ou seriam suscetíveis de lhe causar grave dano à saúde, física ou psíquica.»

⁶ Texto consolidado retirado do sítio da Internet do Diário da República Eletrónico. Todas as referências legislativas são feitas para este portal oficial, salvo indicação em contrário. Consultas efetuadas a 02/11/2023.

⁷ ANDRADE, Manuel da Costa - **COMENTÁRIO conimbricense do Código Penal**. Dir. Jorge Figueiredo Dias. Coimbra : Coimbra Editora, 2012. 1 vol. (Obra completa).

De acordo com o mesmo autor⁸, os três preceitos dão, no seu conjunto, «corpo positivado ao regime jurídico-penal das *intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos*. Trata-se, resumidamente, de um regime que se analisa em dois enunciados fundamentais: em primeiro lugar, a proclamação da *atipicidade* das intervenções médico-cirúrgicas na direção dos crimes de *Ofensas corporais* e de *Homicídio*; em segundo lugar, a punição dos tratamentos arbitrários como um autónomo e específico *crime contra a liberdade*.».

Manuel Simas Santos e Manuel Leal-Henriques definem o respeito pelas *leges artis* como aquele que se impõe ao agente no sentido de este executar «os cuidados médicos com a técnica mais apurada, isto é, segundo os processos e regras oferecidos pela ciência médica, portanto com a perícia devida.»⁹ Por seu lado, Paulo Pinto de Albuquerque entende que «A **concordância com as *leges artis*** consiste na observância das regras teóricas e práticas de profilaxia, diagnóstico e tratamento aplicáveis no caso concreto em função das características do doente e dos recursos disponíveis pelo médico»¹⁰.

A [Lei n.º 15/2014, de 21 de março](#), consolidou num único texto vários diplomas que consagravam direitos dos utentes de cuidados de saúde.

Consagra o [artigo 2.º](#) deste diploma o direito de escolha, determinando que «o utente dos serviços de saúde tem direito de escolha dos serviços e prestadores de cuidados de saúde, na medida dos recursos existentes» (n.º 1), sem prejuízo de o direito à proteção da saúde ser exercido tomando em consideração as regras de organização dos serviços de saúde (n.º 2).

No [artigo 3.º](#) prevê-se a forma como o consentimento e a recusa da prestação dos cuidados de saúde devem ser declarados, ou seja, e salvo declaração em contrário, de forma livre e esclarecida (n.º 1), mantendo-se, todavia, o direito do utente de revogar,

⁸ Idem.

⁹ SANTOS, Manuel Simas; LEAL-HENRIQUES, Manuel - **Código Penal Anotado**. 4.ª Ed. Lisboa: Rei dos Livros, 2016. 3 vol.

¹⁰ ALBUQUERQUE, Paulo Pinto de – **Comentário do Código Penal à luz da Constituição da República Portuguesa e da Convenção Europeia dos Direitos do Homem**. 3.ª Ed. atualizada. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2015.

em qualquer momento da prestação dos cuidados de saúde, o consentimento previamente prestado (n.º 2).

Dispõe o [artigo 4.º](#) da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, que «o utente dos serviços de saúde tem direito a receber, com prontidão ou num período de tempo considerado clinicamente aceitável, consoante os casos, os cuidados de saúde de que necessita» (n.º 1), bem como, que o utente tem direito à «prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos» (n.º 2), e ainda, que «os cuidados de saúde devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente» (n.º 3).

O [artigo 7.º](#) do diploma consagra o direito à informação do utente dos serviços de saúde sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado (n.º 1). Acresce que a satisfação deste direito deve ser assegurada pelo prestador dos cuidados de saúde «de forma acessível, objetiva, completa e inteligível» (n.º 2).

Outro dos direitos do utente previstos nesta lei é o de reclamar e apresentar queixa nos estabelecimentos de saúde, nos termos da lei, bem como o de receber indemnização por prejuízos sofridos ([artigo 9.º](#)).

Por outro lado, prevê-se ainda a obrigação da Direção-Geral da Saúde (DGS) disponibilizar um questionário de satisfação, a preencher por via eletrónica, para efeitos de avaliação e monitorização da satisfação da mulher grávida relativamente aos cuidados de saúde durante a assistência na gravidez e no parto ([artigo 9.º-A](#)).

O diploma contém a Secção II, dedicada especificamente ao acompanhamento da mulher grávida durante o parto.

De facto, a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, foi alterada pelo [Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril](#), que introduziu alterações no Sistema Integrado de Gestão do Acesso dos utentes dos serviços de saúde, e pela [Lei n.º 110/2019, de 9 de setembro](#), que estabeleceu os princípios, direitos e deveres aplicáveis em matéria de proteção na preconceção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no

nascimento e no puerpério. A última alteração referida firmou e alargou os direitos reconhecidos durante a gravidez, dos quais se destacam os seguintes:

1. O direito à informação, ao consentimento informado, ou à recusa informada, e o respeito pelas suas escolhas e preferências [alínea a) do n.º 1 do [artigo 15.º-A](#)];
2. O direito das mulheres a serem tratadas com dignidade e com respeito [alínea c) do n.º 1 do artigo 15.º-A];
3. O direito das mulheres a serem bem tratadas e estarem livres de qualquer forma de violência [alínea d) do n.º 1 do artigo 15.º-A];
4. O direito das mulheres a receberem os melhores cuidados de saúde e que estes sejam seguros e apropriados [alínea f) do n.º 1 do artigo 15.º-A];
5. O direito à informação em matéria de saúde sexual e reprodutiva, cuidados pré-natais seguros e apropriados e acesso a cursos de preparação para o parto e a parentalidade (n.º 1 do [artigo 15.º-C](#));
6. O direito a um plano de nascimento (n.º 1 do [artigo 15.º-E](#));
7. O direito à monitorização cuidadosa do progresso do trabalho de parto através de instrumento de registo (n.º 1 do [artigo 15.º-F](#));
8. O direito da mulher e do recém-nascido a serem submetidos apenas às práticas necessárias durante o trabalho de parto, parto e período pós-natal, devendo ser assegurada a prestação de cuidados baseada nos melhores conhecimentos científicos (n.º 2 do artigo 15.º-F), sendo que, no caso da realização do parto por cesariana, a indicação clínica que o determinou deve constar do respetivo processo clínico e do boletim de saúde da grávida (n.º 3 do artigo 15.º-F);
9. O direito a acompanhamento durante o puerpério e a planos de recuperação pós parto (n.ºs 1 e 3 do [artigo 15.º-G](#)); ou,
10. O direito à amamentação ([artigo 15.º-H](#)).

Em concreto, no que respeita ao direito a um plano de nascimento, prevê-se no artigo 15.º-E que os serviços de saúde que acompanhem mulheres grávidas ou casais garantam o seu direito a um plano de nascimento, salvo se os mesmos declararem expressamente que não pretendem ter um plano de nascimento (n.º 1). Este plano de nascimento «deve contemplar práticas aconselhadas pelos conhecimentos científicos, que sejam benéficas ao normal desenrolar do processo do parto e que não coloquem em risco a saúde e a própria vida da mãe, do feto ou do recém-nascido, assim como englobar procedimentos para os quais a equipa de saúde considere ter condições ou

experiência para realizar com segurança» (n.º 4). A elaboração do plano aqui em causa implica que seja «prestado apoio à mulher grávida ou ao casal, tendo por base um diálogo construtivo, no respeito pelo contexto cultural e pessoal da grávida, informando e esclarecendo a grávida ou o casal nas consultas de seguimento da gravidez ou nos cursos» (n.º 2), sendo ainda assegurada a possibilidade de a mulher grávida poder «a todo o tempo, inclusive durante o trabalho de parto, modificar as preferências manifestadas previamente no plano de nascimento» (n.º 6).

A Lei n.º 15/2014 determina ainda, no [artigo 18.º](#), que devem ser «adotadas as medidas necessárias à garantia da cooperação entre a mulher grávida, o acompanhante e os serviços, devendo estes, designadamente, prestar informação adequada sobre o decorrer do parto, bem como sobre as ações clinicamente necessárias» (n.º 1). Estabelece-se ainda no n.º 2 que, «Após a alta hospitalar e durante a primeira semana de puerpério, o estabelecimento de saúde em que ocorreu o parto deve garantir um contacto, designadamente telefónico, com disponibilidade permanente, para que a mulher puérpera, o pai, outra mãe ou pessoas de referência possam esclarecer dúvidas, designadamente sobre cuidados a ter com o recém-nascido, aleitamento materno ou a condição de saúde física ou emocional da mulher puérpera».

Por fim, no que a esta lei respeita, faça-se ainda referência do previsto no [artigo 32.º](#), nos termos do qual «as administrações hospitalares devem considerar nos seus planos a modificação das instalações e das condições de organização dos serviços, de modo a melhor adaptarem as unidades existentes à presença do acompanhante da grávida, nomeadamente através da criação de instalações adequadas onde se processe o trabalho de parto, de forma a assegurar a sua privacidade», acrescentando-se no n.º 2 da mesma norma que «todos os estabelecimentos de saúde que disponham de internamentos e serviços de obstetrícia devem possibilitar, nas condições mais adequadas, o cumprimento do direito de acompanhamento de mulheres grávidas e de puérperas».

Pelo [Despacho n.º 7788/2022, de 24 de junho](#), foi constituída a Comissão de Acompanhamento da Resposta em Urgência de Ginecologia/Obstetrícia e Bloco de Partos, cujos membros integram o grupo técnico para a elaboração de proposta de criação da Rede de Referência Hospitalar em saúde materna e infantil.

As competências desta Comissão, no âmbito do acompanhamento da resposta dos serviços de urgência de ginecologia/obstetrícia e bloco de partos, estão previstas de modo exemplificativo no ponto 2 do Despacho acima referido, a saber: «a) Avaliar os recursos disponíveis, por hospital e região, de forma a antecipar potenciais necessidades e assegurar a sua satisfação, nomeadamente através da articulação inter-regional; b) Aprovar o modelo de articulação e gestão integrada dos hospitais de cada região, designadamente a gestão comum de escalas, a apresentar pelas Administrações Regionais de Saúde, I. P. (ARS, I. P.), e acompanhar a respetiva implementação; c) Garantir a existência e definir os termos de referência dos planos de contingência de cada hospital, conforme definido nas orientações do Colégio de Ginecologia/Obstetrícia para a urgência de ginecologia/obstetrícia e bloco de partos, aprovadas pelo Conselho Nacional da Ordem dos Médicos em 17 de dezembro de 2018; d) Definir e harmonizar as regras específicas de funcionamento em contingência a implementar por cada hospital; e) Acompanhar o funcionamento dos serviços de urgência de Ginecologia/Obstetrícia e Bloco de Partos, mediante informação de cada ARS, I. P., relativamente aos hospitais da sua área geográfica; f) Apoiar a implementação das medidas necessárias para ultrapassar situações imprevistas de modo a assegurar o funcionamento dos serviços de saúde; g) Propor às ARS, I. P., a celebração de acordos com o setor privado e setor social, a título de resposta complementar do SNS; h) Assegurar a liderança inter-regional na definição de mecanismos de cooperação; i) Definir os indicadores de saúde a produzir em articulação com a Direção-Geral de Saúde para monitorizar a resposta em urgência de ginecologia/obstetrícia e bloco de partos no curto prazo, bem como outros que entenda necessários».

A Comissão de Acompanhamento da Resposta em Urgência de Ginecologia/Obstetrícia e Bloco de Partos tem ainda as competências consultivas previstas no ponto 3 do Despacho.

O Ministério da Saúde, através da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde (DE-SNS), lançou a operação «Nascer em Segurança no SNS», a qual visa promover a segurança e confiança de grávidas, crianças e profissionais do Serviço Nacional de Saúde e assenta no planeamento estratégico atempado da resposta no que diz respeito

à rede de serviços de urgência de ginecologia e obstetrícia, salvaguardando os princípios da equidade, qualidade, prontidão, humanização e previsibilidade dos cuidados prestados no SNS.

De facto, de acordo com a [informação](#) publicada no portal do SNS, nos meses de outubro de 2023 a janeiro de 2024, «o Norte manterá 13 Maternidades em funcionamento pleno, a região Centro terá seis Maternidades em funcionamento pleno e uma Maternidade com dias de encerramento agendados. O Alentejo mantém as três Maternidades a operar em pleno. Lisboa e Vale do Tejo apresenta quatro Maternidades a funcionar em pleno, oito com dias de encerramento agendados, uma maternidade deslocalizada por obras. A região do Algarve terá uma urgência em funcionamento pleno, em pelo menos um dos polos (Faro/Portimão)». A informação completa sobre os períodos de funcionamento das maternidades pode ser consultada no [cartaz](#) disponibilizado no referido portal.

IV. ENQUADRAMENTO JURÍDICO NA UNIÃO EUROPEIA E INTERNACIONAL

▪ Âmbito da União Europeia

A organização e a prestação de cuidados de saúde são da competência das autoridades nacionais. A [Política de Saúde da União Europeia](#) (UE) visa complementar as políticas nacionais, ajudando a alcançar objetivos comuns, gerando economias de escala, partilhando recursos e ajudando os países da UE a fazer face a problemas comuns, como as pandemias, as doenças crónicas ou o impacto do aumento da esperança de vida nos sistemas de saúde.

O Tratado de Funcionamento da União Europeia ([TFUE](#)) dispõe no seu artigo 168.º que «na definição e execução de todas as políticas e ações da União será assegurado um elevado nível de proteção da saúde», encontrando-se o mesmo princípio referido no artigo 35.º da [Carta dos Direitos Fundamentais da UE](#).

No que se refere à saúde pública, a ação da UE visa proteger e melhorar a saúde dos seus cidadãos, apoiar a modernização das infraestruturas de saúde e melhorar a eficiência dos sistemas de saúde na Europa, concentrando-se principalmente na prevenção e na resposta às doenças. Assim, o [Programa de Saúde da UE](#) define a

estratégia para garantir um bom estado de saúde e bons cuidados de saúde, contribuindo para a [Estratégia Europa 2020](#) que ambiciona tornar a Europa numa economia inteligente, sustentável e inclusiva.

Na [Resolução, de 26 de novembro de 2020, sobre a situação dos direitos fundamentais na UE - Relatório anual para os anos 2018-2019](#)¹¹ o Parlamento Europeu (PE) «condena veementemente todas as formas de violência sexual, ginecológica e obstétrica contra as mulheres, tais como atos inadequados ou não consensuais, intervenções dolorosas sem anestesia, mutilações genitais femininas, abortos forçados, esterilização forçada e gestação de substituição forçada» sublinhando que «os direitos das mulheres em toda a sua diversidade são protegidos pelo Tratado» e que «os casos de violência ginecológica e obstétrica têm sido cada vez mais denunciados em vários Estados-Membros».

A [Resolução do PE, 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 \(2020/2215\(INI\)\)](#)¹² na alínea f) intitulada «Cuidados de maternidade, gravidez e parto para todos» insta os Estados-Membros a adotarem «*medidas para garantir o acesso de todos, sem discriminação, a cuidados de maternidade, gravidez e parto de elevada qualidade, acessíveis, baseados em dados concretos e respeitadores – incluindo cuidados de parteira, pré-natais, parto e pós-natais e apoio à saúde mental materna, em conformidade com as atuais normas e provas da OMS, bem como a envidarem todos os esforços para garantir o respeito dos direitos das mulheres e da sua dignidade no parto, a condenarem veementemente e a combaterem a violência física e os abusos verbais, incluindo a violência ginecológica e obstétrica, e qualquer tipo de violência com base no género associada nos cuidados pré-natais, parto e pós-natais, fatores que violam os direitos humanos das mulheres e podem constituir formas de violência com base no género.* Por fim insta também a Comissão a desenvolver normas comuns na UE em matéria de cuidados de maternidade, gravidez e parto e a facilitar a partilha de boas práticas e os Estados-Membros a incentivarem e garantirem que os prestadores de cuidados de saúde recebem formação sobre os direitos humanos das mulheres e os

¹¹ https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2020-0328_PT.html

¹² https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0314_PT.html

princípios do consentimento livre e informado e da escolha informada nos cuidados de maternidade, gravidez e parto».

Cumpra ainda referir a [Resolução do PE, de 16 de setembro de 2021, que contém recomendações à Comissão sobre a inclusão da violência com base no género nos domínios de criminalidade enunciados no artigo 83.º, n.º 1 do TFUE \(2021/2035/INL\)](#)¹³ que «Relembra que as violações dos direitos sexuais e reprodutivos, nomeadamente a violência sexual, ginecológica e obstétrica e as práticas nocivas constituem uma forma de violência com base no género contra as mulheres e raparigas e as pessoas transgénero e não binárias, tal como refletido na Estratégia para a Igualdade de Tratamento das Pessoas LGBTIQ, e representam um obstáculo à igualdade de género».

Países analisados

O enquadramento internacional é apresentado para os seguintes Estados-Membros da UE: Espanha e França.

ESPANHA

O [Artículo 43](#) da [Constitución Española](#)¹⁴ (*Constitución*) reconhece o direito à proteção da saúde, estabelecendo que compete aos poderes públicos organizar e tutelar a saúde pública e, à lei, estabelecer os direitos e deveres correspondentes. Nos termos dos [Artículos 148.1.21.ª](#) e [149.1.16 e 17](#) da *Constitución*, cabe ao legislador ordinário desenvolver este direito, respeitando a distribuição de competências entre a *Administración Central del Estado*, as *Comunidades Autónomas* e os *Ayuntamientos*.

Os direitos dos utentes de saúde são genericamente definidos no [Artículo diez](#) da [Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad](#), que consagra, no n.º 1, o direito ao respeito pela personalidade, dignidade humana, intimidade e não discriminação.

¹³ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52021IP0388&from=EN>

¹⁴ Diploma consolidado retirado do portal oficial de legislação espanhola *boe.es*. Todas as ligações eletrónicas a referências legislativas referentes a Espanha são feitas para o referido portal, salvo referência em contrário. Consultas efetuadas em 02/11/2023.

A [Ley 41/2002, de 14 de noviembre](#), *básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*, veio regular especificamente os direitos do doente quanto à participação na decisão dos atos médicos, informação e acesso à mesma e revogou algumas disposições que existiam [originalmente](#) na *Ley 41/2002*. Um dos princípios básicos previstos na lei consta no [artículo 2.](#) que estipula que todas as ações no domínio da saúde carecem, em geral, do consentimento prévio dos pacientes ou utentes, o qual deverá ser obtido após o paciente receber informações adequadas. Os [artículos 4. a 6.](#) dispõem sobre o direito de acesso à informação de saúde, e os [artículos 8. a 12.](#) sobre o consentimento informado – necessário para a concretização de todos os atos no âmbito da sua saúde.

Os limites ao consentimento informado e por representação vêm definidos no [artículo 9.](#), nomeadamente quando existe risco para a saúde pública por razões sanitárias, ou quando existe risco imediato grave para a integridade física ou psíquica do doente e não seja possível obter a sua autorização ou dos familiares. O [artículo 12.](#) determina aos centros e serviços de saúde a disponibilização de um guia ou carta de serviços que especifique os direitos e obrigações dos utentes, os benefícios disponíveis, as características assistenciais do centro ou serviço, e o seu pessoal, instalações e meios técnicos, bem como informação sobre os guias de participação e sugestões e reclamações.

No âmbito da autonomia regional, cada Comunidade Autónoma pode também aprovar legislação sobre direitos e deveres dos utentes de saúde, a qual é possível consultar no [Código Sanitario Normativa Autonómica](#), disponível no portal de legislação espanhola.

A [Agencia Española de Protección de Datos](#) (AEPD) publicou um [guia](#) para os utentes de saúde relativo ao exercício desses direitos e a conciliação com a proteção de dados.

A violência obstétrica é considerada um problema ainda não resolvido, mas tem sido objeto de vários estudos em Espanha, como, por exemplo, o artigo [La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España](#) de 2020.

FRANÇA

Existe, em cada estabelecimento de saúde, público ou privado, uma Comissão de Utentes¹⁵ (CDU) cuja função é a de garantir o respeito pelos direitos dos utentes, facilitar os seus procedimentos e contribuir através dos seus pareceres e propostas para a melhoria da política de acolhimento e cuidados. Encontra-se prevista no [article L1112-3](#) do [Code de la santé publique](#)¹⁶ e o seu funcionamento e composição constam dos [articles R1112-79 a R1112-94](#). A missão da CDU vem prevista nos [articles R1112-79 e R1112-80](#), a sua composição consta dos [articles R1112-81 a R1112-84](#) e o seu funcionamento está regulado nos [articles R1112-85 ao R1112-90](#). O procedimento de análise das queixas e das reclamações está regulamentado nos [articles R1112-91 ao R1112-94](#).

Importa também referir que os [direitos](#)¹⁷ dos utentes dos serviços de saúde se encontram regulados nos [articles L1110-1 a L1115-3](#) e [R1110-1 a D1114-42](#).

Entre eles destacam-se o [direito à informação e ao consentimento](#), assim como à [queixa e recurso](#). Em caso de [violência num estabelecimento de saúde](#), verbal ou outra, o utente pode decidir iniciar os procedimentos que a legislação permite, como é sistematizado neste [folheto informativo](#). O [article L1110-2](#) estabelece o direito do doente ao respeito pela sua dignidade e os [articles L1111-2 a 1111-4](#) o direito a ser informado sobre o seu estado de saúde e a participar ativamente na decisão médica, a dar o seu consentimento, ou a recusar um tratamento médico. Os [articles L1111-5 e L1111-5-1](#) regulam a possibilidade de dispensa de obtenção desse consentimento, por parte de médicos e *sage-femmes* (enfermeiras parteiras), dos detentores das responsabilidades parentais relativamente a menores. O acesso do doente à sua informação de saúde está regulado no [article L1111-7](#).

Refira-se, ainda, que a [Haute Autorité de Santé](#) (HAS) disponibiliza, no seu sítio da *Internet*, [informação sobre os direitos dos doentes](#), tendo a violência obstétrica e

¹⁵ *Commission des Usagers*, no original.

¹⁶ Diploma consolidado retirado do portal oficial de legislação francesa [legifrance.gouv.fr](#). Todas as ligações eletrónicas a referências legislativas referentes a França são feitas para o referido portal, salvo referência em contrário. Consultas efetuadas em 02/11/2023.

¹⁷ Informação disponível no sítio da *Internet* do [Ministère de la Santé et de la Prévention](#).

ginecológica também sido objeto de [estudo](#)¹⁸ e de um [relatório](#)¹⁹, de 2018, do [Haut Conseil à l'Égalité](#) (HCE). Em 2021, a [imprensa](#)²⁰ dava conta que pouco se tinha feito para combater o problema da violência obstétrica.

V. ENQUADRAMENTO PARLAMENTAR

▪ Iniciativas pendentes (iniciativas legislativas e petições)

Efetuada uma pesquisa na base de dados da Atividade Parlamentar (AP), verifica-se que sobre matéria idêntica ou conexa estão pendentes as seguintes iniciativas:

- [Projeto de Lei n.º 682/XV/1.ª \(CH\)](#) - Altera a Lei n.º15/2014, de 21 de março, procedendo à inclusão da normalização das boas práticas de Saúde Materna e Obstétrica e do papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica na Rede de Cuidados Primários;
- [Projeto de Lei n.º 962/XV/2.ª \(BE\)](#) - Promove a erradicação da violência obstétrica;
- [Projeto de Resolução n.º 947/XV/2.ª \(BE\)](#) - Consagra o dia pela eliminação da violência obstétrica.

▪ Antecedentes parlamentares (iniciativas legislativas e petições)

Compulsada a AP, verifica-se que tramitaram, na anterior legislatura, a seguinte petição e iniciativas:

- [Petição n.º 507/XIII/3.ª](#) - *Petição pelo fim da Violência Obstétrica nos blocos de parto dos hospitais portugueses*, que tramitou para a XIV Legislatura e que deu origem a dois projetos de resolução, ambos rejeitados na sessão plenária de 15 de novembro de 2019:

¹⁸ <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2021-5-page-629.htm>

¹⁹ https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629.pdf

²⁰ <https://www.france24.com/en/france/20211125-too-little-done-to-combat-obstetric-and-gynaecological-violence-against-women>

- [Projeto de Resolução n.º 31/XIV/1.ª \(PAN\)](#) - Recomenda ao Governo a adoção de medidas que permitam reforçar os direitos das mulheres na gravidez e no parto;
- [Projeto de Resolução n.º 40/XIV/1.ª \(PEV\)](#) - *Reforço dos cuidados de assistência na gravidez e no parto.*

- [Projeto de Resolução n.º 623/XIV/1.ª \(PAN\)](#) - *Recomenda ao Governo que garanta a erradicação de práticas abusivas sobre as mulheres na gravidez e no parto e a realização de um estudo sobre “o ponto do marido”, que deu origem à [Resolução da Assembleia da República n.º 181/2021](#)* - Recomenda ao Governo a eliminação de práticas de violência obstétrica e a realização de um estudo sobre as mesmas;
- [Projeto de Lei n.º 912/XIV/2.ª \(Ninsc-CR\)](#) - *Reforça a protecção das mulheres na gravidez e parto através da criminalização da violência obstétrica*, que caducou com o fim da Legislatura;

VI. CONSULTAS E CONTRIBUTOS

▪ Consultas facultativas

Considerando a matéria que está em causa, poderá a Comissão de Saúde proceder à audição, ou solicitar parecer, na fase de especialidade, à DGS, ao Colégio da especialidade de Ginecologia/Obstetrícia da Ordem dos Médicos, à Federação das Sociedades Portuguesas de Obstétrica e Ginecologia, à Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Ordem dos Enfermeiros, à Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras e à Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto.

VII. ENQUADRAMENTO BIBLIOGRÁFICO

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PELOS DIREITOS DA MULHER NA GRAVIDEZ E PARTO – **Experiências do parto em Portugal** [Em linha] : **inquérito às mulheres sobre as suas experiências de parto**. Lisboa : Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto, 2015. [Consult. 30 outubro 2023]. Disponível em

WWW:<URL:

<https://catalogobib.parlamento.pt:82/images/winlibimg.aspx?skey=&doc=131859&img=17099&save=true>>.

Resumo: No que respeita às taxas de mortalidade materna, neonatal e infantil, Portugal tem das taxas mais baixas do mundo, apesar de, nos últimos anos, se terem registado 7 ou 8 casos de morte materna por ano. Embora sendo poucos, estes casos devem ser considerados, pois a morte materna é tida como um fenómeno evitável.

O relatório em apreço destaca que, de acordo com os dados disponibilizados pelo European Perinatal Health Report (2013) e pela Ordem dos Enfermeiros (2012), em 2010, Portugal foi um dos países da Europa com as mais elevadas taxas de cesariana, episiotomias e induções, entre outras intervenções, e que apenas uma pequena parcela de partos ocorreram de forma fisiológica. Ainda, os dados obtidos relativos à morbilidade materna, estão relacionados particularmente com os internamentos decorrentes das cesarianas.

Na sequência da análise efetuada, o relatório refere que 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 respeito pela autonomia das mulheres, dignidade, sentimentos, escolhas e preferências, incluindo a escolha de um acompanhante.»

Perantes os dados existentes e com o intuito de fomentar a melhoria dos cuidados de saúde materna em Portugal, a Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (APDMGP) elaborou este relatório após ter ouvido as mulheres, as suas experiências de parto, as dificuldades sentidas, se foram apoiadas e respeitadas durante todo o processo. Igualmente foram inquiridas no sentido de saber se as suas expectativas foram correspondidas e se os cuidados de saúde prestados, durante o período perinatal, foram os adequados e os melhores.

EUFRÁSIO, Marcelo Alves Pereira – A razão nasceu do útero : direito humano pelo parto humanizado. **Revista Jurídica Luso-Brasileira** [Em linha]. Lisboa. Ano 1, nº 3 (2015), p. 1037-1060. [Consult. 27 outubro 2023]. Disponível em WWW:<URL: <https://catalogobib.parlamento.pt:82/images/winlibimg.aspx?skey=&doc=135270&img=22440&save=true>>. ISSN 2183-539X.

Resumo: A violência obstétrica é uma realidade vivenciada por muitas mulheres que nem sequer a identificam como uma violação dos seus direitos. Em 2014, a Organização

Mundial de Saúde (OMS), alertou para este facto. Na mesma linha, o presente estudo faz uma abordagem através da reflexão sobre a violência obstétrica, começando por referir que o procedimento cirúrgico, denominado de parto cesariano, é uma violência tanto para a mulher como para a criança. O referido procedimento cirúrgico apresenta sérios riscos à mulher, uma vez que podem ocorrer infeções, hemorragias, hérnias, lesões em alguns órgãos e outras situações. No caso do bebé, o autor refere que este pode sofrer cortes acidentais, problemas respiratórios, dificuldades na amamentação, assim como, uma maior probabilidade em ser internado nos cuidados intensivos neonatal. Atualmente, as mulheres têm optado pelo procedimento cirúrgico, assim como, a «[...] sociedade tecnocrática e mercadológica tem influenciado decididamente as práticas médicas, ao ponto de nos hospitais privados a taxa de partos pela modalidade cesariana ser representado por mais de 80% dos procedimentos.» O autor declara que tem-se verificado um crescimento acentuado dos partos por cesariana e, segundo dados apresentados pela OMS, o total de cesarianas é bastante significativo em relação ao número total de partos. Dados e orientações oficiais «[...] afirmam por evidências científicas que apenas 15% dos partos necessitam de procedimentos cirúrgico, sendo aconselhável que os demais 85% que se constituem de gestações de baixo risco sejam realizadas pelo parto vaginal, popularmente denominado de "parto normal".»

Tendo presente a ligação subjetiva entre a mãe o filho, o autor defende a necessidade do direito da mulher ao parto humanizado, do «[...] respeito e alteridade que aparece endogenamente na gestação e no parto, como fenômenos naturais que precisam ser salvaguardados como direito personalíssimo da mulher, principalmente para protegê-la contra a violência no parto.»

SIMÕES, Vânia Alexandra dos Santos – **A Violência Obstétrica** [Em linha] : **a violência institucionalizada contra o género**. Lisboa : Associação Portuguesa de Mulheres Juristas, 2016. [Consult. 27 outubro 2020]. Disponível em WWW:<URL: <https://catalogobib.parlamento.pt:82/images/winlibimg.aspx?skey=&doc=136095&img=23767&save=true>>.

Resumo: A autora aborda a temática dos abusos obstétricos, cujo tema começou por ser transmitido pelos media. Consciente dos direitos humanos que cada indivíduo tem, neste caso específico, os direitos da mulher, a autora reflete sobre a violência obstétrica e declara que apenas um grupo de mulheres reconhecem os danos causados por atos

violentos durante práticas obstétricas em hospitais privados e públicos. Agravando a situação, atualmente, do ponto de vista jurídico, a violência obstétrica «[...] não encontra consagração legal, ou, qualquer discussão doutrinária [...]», ou seja, não existe legislação que apoie a mãe nestes casos, tendo esta que recorrer a outros meios para garantir os seus direitos. Independentemente da escolha do parto que a mulher realize, cesariana ou natural, efetuado num hospital público ou privado, os atos infratores da lei são claramente identificados, sendo do desconhecimento da mãe quanto aos procedimentos aos quais será submetida. A violência obstétrica tem vindo a ser encarada como algo inerente ao parto e o «[...] “terror” do parto normal/vaginal tem-se generalizado de, tal modo, em Portugal, e um pouco por todo o mundo ocidental, que muitas mulheres optam por recorrer à cesariana, através de seguros e planos de saúde, para garantirem um atendimento condigno e evitarem estes cenários.» O parto passou a ser protagonizado por profissionais de saúde, sem que a mulher possa decidir como dar à luz. Perante esta violência obstétrica, a autora pretende discutir «[...] como os direitos reprodutivos e sexuais estão em disputa no campo do direito penal e do direito médico e como a linguagem dos direitos humanos é operada para expressar demandas que são colocadas em conflito com um discurso médico-científico existente.» Continua ainda a expor que «[...] os atores envolvidos nessas reivindicações se apropriam de discursos específicos da medicina para remodelá-los de acordo com suas diferentes concepções de corpo e cuidado, pretende-se refletir sobre o que é produzido e operado na “violência obstétrica”, bem como suscitar discussões sobre a discurso operado para legitimar a posição das vítimas de tal violência.»

VIANA, Ana Jéssica Soares ; BERLINI, Luciana Fernandes - Responsabilidade civil do médico em casos de violência obstétrica : no ordenamento jurídico brasileiro. In **Saúde, novas tecnologias e responsabilidades**. Coimbra : Instituto Jurídico. Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, 2019. [Consult. 30 outubro 2023]. P. 79-90. Disponível em WWW <
<https://catalogobib.parlamento.pt:82/images/winlibimg.aspx?skey=&doc=128582&img=18652&save=true>> ISBN 978-989-8891-48-8.

Resumo: A Organização Mundial de Saúde (OMS), define a violência obstétrica como «[...] a prática de abusos, desrespeito, maus-tratos, negligência, falta de obtenção do consentimento esclarecido, entre outras ações ocorridas durante a realização dos partos.» Tendo presente a legislação brasileira, o artigo indicado pretende analisar a

responsabilidade civil do médico em casos de violência obstétrica. Expõe que existem polémicas e dificuldades quando se procura aplicar a responsabilização civil, uma vez que os limites da violência obstétrica e o exercício regular da atuação médica são muito ténues. À luz da legislação brasileira, «[...] a responsabilidade civil do médico, enquanto profissional liberal está vinculada a uma obrigação de meio, não assumindo o médico qualquer tipo de obrigação de resultado, salvo em casos de cirurgia plástica estética. No entanto, o profissional da saúde assume o dever de prestar um serviço de qualidade, conforme sua especialidade, aplicando a melhor técnica e sempre de forma respeitosa, de acordo com o consentimento livre e esclarecido do paciente.»

O autor do artigo assinala que é feita uma análise dos requisitos básicos para aplicação da responsabilidade civil, que são: dano, nexo de causalidade e conduta culposa, «[...] que geram o ato ilícito, trazido pelo artigo 186 do Código Civil Brasileiro e pelo artigo 187, conjugados com o artigo 927 da referida codificação. Assim, por se tratar de prestação de serviço, o Código de Defesa do Consumidor em seu artigo 14, §4º e o artigo 951 do Código Civil estabelecem a responsabilidade subjetiva do médico.»

É igualmente esclarecido que, mediante os procedimentos realizados antes e durante o parto, para o apuramento da responsabilidade do obstetra, é necessário ter em conta se houve dolo ou culpa na violência obstétrica. Nestes casos, as hipóteses mais comuns examinadas na jurisprudência referem-se à negligência, quando esta está ligada à demora injustificada no atendimento, ou quando a vontade da paciente é desconsiderada. De igual modo, é realizada uma análise da violência obstétrica como um abuso do direito da paciente.