

Projeto-Lei n.º 682/XV/1ª

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 Obstetrícia na Rede de Cuidados Primários

Exposição de motivos

Através do Decreto-Lei n.º 118/2014¹, de 5 de agosto, foram estabelecidos os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, bem como a sua implementação através de experiências-piloto. Os locais onde iriam decorrer essas experiências-piloto ficaram definidos posteriormente na Portaria n.º 8/2015², que por sua vez, foi revogada pela Portaria n.º 281/2016³, de 26 de outubro, que criou o grupo de trabalho para o desenvolvimento e acompanhamento de boas práticas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar.

No seu seguimento, em 16 de julho de 2018, foi criado o Regulamento n.º 428/2018⁴, relativo às “Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar”, mas sem qualquer referência à necessidade de incluir no plano familiar a figura do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia e as suas competências.

Partindo do princípio de que a figura do enfermeiro de família deve trabalhar os cuidados de saúde primários com os demais profissionais de saúde, no contexto familiar, torna-se evidente enquadrar a sua atividade também ao nível dos cuidados de Saúde Materna e Obstétrica e estar, na sua essência, fortemente enraizado num modelo

¹ [Decreto-Lei n.º 118/2014 | DRE](#)

² [Portaria n.º 8/2015 | DRE](#)

³ [Portaria n.º 281/2016 | DRE](#)

⁴ [Regulamento n.º 428/2018 | DRE](#)

de assistência onde o profissional de saúde especialista e a mulher formam uma parceria inquestionável, no momento do parto de forma a torná-lo numa experiência positiva.

A Lei n.º 110/2019⁵ veio estabelecer os princípios, direitos e deveres aplicáveis em matéria de proteção na pré concepção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério, procedendo à segunda alteração à Lei n.º 15/2014⁶, de 21 de março, nomeadamente com a introdução do questionário de satisfação de serviços de saúde materna e obstetrícia, do direito ao acompanhamento durante todas as fases do trabalho de parto, bem como na assistência à gravidez.

Passaram também a ser reconhecidos direitos em matéria de proteção, entre outros na gravidez, parto e pós-parto a todas as mulheres, nomeadamente:

- a) O direito à informação, ao consentimento informado, ou à recusa informada, e o respeito pelas suas escolhas e preferências;
- b) O direito à confidencialidade e à privacidade;
- c) O direito a serem tratadas com dignidade e com respeito;
- d) O direito de serem bem tratadas e estarem livres de qualquer forma de violência;
- e) O direito à igualdade no tratamento que recebem, e a não serem discriminadas;
- f) O direito a receber os melhores cuidados de saúde e que estes sejam seguros e apropriados;
- g) O direito à liberdade, autonomia e autodeterminação, incluindo o direito a não serem coagidas.

Infelizmente, está longe de se consagrar realmente, pois somam-se casos de experiências de parto impossíveis de serem classificadas como positivas, sendo comumente referidas como traumáticas, onde relatos de maus-tratos, abusos e negligências são muitas vezes classificados como uma forma de violência. Muitos testemunhos são reveladores de situações e práticas de coerção, de desrespeito pelo

⁵ [Lei n.º 110/2019 | DRE](#)

⁶ [Lei n.º 15/2014 | DRE](#)

direito à recusa e ao consentimento informado, de abuso físico, verbal e psicológico que persistem nos serviços de saúde materna portugueses.

Num inquérito⁷ realizado em 2015, às mulheres sobre as suas experiências de parto, 43,8% considerava que não teria sido consultada sobre as intervenções às quais foram sujeitas. Conforme dita a alínea a) do artigo 15.º-A da Lei 110/2019, depois de ser informada, a mulher tem direito a aceitar ou recusar determinada intervenção.

Mais recentemente, entre 1 de março de 2020 e 15 de março de 2021, foi desenvolvido de acordo com os padrões definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) um questionário⁸ entre mulheres de 12 países europeus concluiu, por exemplo, que a 63% das mulheres portuguesas não foi pedido qualquer consentimento para a realização de parto instrumentalizado, prática cuja prevalência em Portugal é três vezes superior à média europeia⁹. Acresce referir que outro indicador preocupante é o facto de uma em cada cinco mulheres ter reportado que sentiu que foi vítima de abusos físicos, emocionais ou verbais.

Dada a fragilidade do tema, este divide opiniões, até mesmo quanto ao termo a utilizar para tais práticas, que vacilam entre violência obstétrica, maus-tratos obstétricos ou mau-trato obstétrico.¹⁰ Isto porque o termo “violência” é normalmente associado a agressões físicas ou psicológicas intencionais e reiteradas, enquanto que o termo “mau-trato” é mais abrangente, inclui, abuso físico ou verbal, negligência ao nível da prestação de cuidados, desrespeito pelas escolhas ou preferências da mulher ou privação da mesma dos adequados cuidados. Não obstante, apesar da relutância em relação ao termo, sob o qual muitos profissionais de saúde se sentem atacados, outros, admitem que existem condutas erradas, existindo cada vez mais a consciência de tratamentos considerados desumanos, e muitas mulheres que se sentem terrivelmente mal com os seus partos.

⁷ [Experiências Parto Portugal 2012-2015.pdf \(associacaogravidezparto.pt\)](#)

⁸ [Taxas de violência obstétrica em Portugal são três vezes superiores à média europeia - JPN](#)

⁹ [Prevalência de parto instrumentalizado em Portugal é três vezes superior à média europeia — DNOTICIAS.PT](#)

¹⁰ [Informação sobre violência obstétrica – Ordem dos Médicos \(ordemdosmedicos.pt\)](#)

A verdade é que, em Portugal, práticas não recomendadas pela OMS mantêm taxas acima da média europeia¹¹. Uma das mais criticadas, é a episiotomia¹², que se trata de uma incisão na zona do períneo destinada a ampliar o canal de parto durante o período de expulsão. É comparada a uma laceração de grau 2, pelo que pode provocar danos consideráveis para a mulher por afetar músculos, vasos sanguíneos e nervos, e há quem considere que os riscos de lesão superam os possíveis benefícios. Um procedimento que apesar de ser desencorajado pela OMS, em Portugal a sua taxa de ocorrência, em 2010 ultrapassava os 70%, e apesar da tendência decrescente, mantém-se uma prática de rotina nos Hospitais Portugueses e que demonstra que a literatura científica e as boas práticas demoram a efetivar-se.

Outra prática que a OMS estabelece como não recomendada é a manobra de Kristeller¹³, para abreviar o período expulsivo, pode descrever-se como a aplicação de pressão com as mãos sobre o fundo uterino, no entanto quando aplicadas manobras de pressão desmedida e descontrolada do peso do corpo de alguém sobre o útero, na tentativa de fazer nascer o feto a todo o custo, constitui má prática e, portanto, uma forma de violência obstétrica. Esta prática é já proibida em França, mas estima-se ser realizada em 49% das mulheres portuguesas com partos vaginais instrumentalizados, quando a sua utilização deveria ser apenas em casos excecionais.

Acresce referir que muitas mulheres sofrem, de variadas formas, abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto, o que constitui uma ameaça à sua integridade física e emocional. As consequências destas intervenções são difíceis de avaliar a curto, médio e a longo prazo.¹⁴

Nesse sentido, para fomentar a melhoria dos cuidados de saúde materna em Portugal, no essencial, deve ser restabelecida a relação fundamental de confiança que deve existir

¹¹ [Portugal com taxas de práticas de violência obstétrica acima da média da Europa | Saúde | PÚBLICO \(publico.pt\)](#)

¹² [A episiotomia à luz da lei - Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto \(associacaogravidezparto.pt\)](#)

¹³ [Parecer: a manobra de Kristeller está a ser ou não aconselhada realizar em parturientes? – Ordem dos Médicos \(ordemdosmedicos.pt\)](#)

¹⁴ [WHO_RHR_14.23_por.pdf](#)

entre os profissionais de saúde, as grávidas e as suas famílias. Entende-se, portanto, que todas as parturientes e recém-nascidos, devem ter acesso aos cuidados de um Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) que garanta a continuidade desses cuidados de forma individual e adequada às reais necessidades de cada mulher, permitindo-lhe escolhas informadas e consentidas sobre todos os aspetos inerentes à assistência pré e pós-natal, garantindo assim o envolvimento das utentes e a eficácia clínica.

Entende-se também que se deve incluir, na monitorização da qualidade dos cuidados de saúde materna, indicadores que tenham em conta a experiência das mulheres e dos profissionais de saúde, inseridos em estratégias orientadas pela promoção e proteção dos direitos humanos, com a inclusão de questionários de satisfação a mulheres e também a profissionais de saúde, bem como promover a formação contínua dos profissionais de saúde materna e infantil, em particular sobre o impacto de determinadas intervenções na saúde da mulher.

Assim, e ao abrigo das disposições constitucionais e regimentalmente aplicáveis, os Deputados do Grupo Parlamentar do Partido CHEGA, apresentam o seguinte Projeto de Lei:

Artigo 1.º

Objecto

A presente lei altera a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, que estabelece os Direitos e Deveres do Utente dos Serviços de Saúde, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 44/2017 e pela Lei n.º 110/2019 de 9 de setembro que estabelece 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, procedendo à inclusão da normalização das boas práticas de Saúde Materna e Obstétrica e do papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia na Rede de Cuidados Primários.

Artigo 2.º

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

São alterados os artigos 3.º, 7.º, 9.º, 9.º-A, 15.º-A, 15.º-C, 15.º-E e 18.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 44/2017 e pela Lei n.º 110/2019 de 9 de setembro, que passam a ter a seguinte redação:

“Artigo 3.º

[...]

- 1- (...).
- 2- (...).
- 3- O planeamento e prestação de cuidados de saúde à mulher grávida, deve estabelecer-se numa parceria igualitária entre a mulher e os profissionais de saúde com base em escolhas informadas para as mulheres, relativamente às opções disponíveis durante a gravidez, parto e período pós-natal, garantindo que são as mulheres quem têm controlo sobre as principais decisões relativas ao conteúdo e modo de prestação dos seus cuidados.

Artigo 7.º

[...]

- 1- (...).
- 2- (...).
- 3- A informação relativa aos cuidados de Saúde Materna e Obstétrica deve preferencialmente ser prestada por Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica e refletir de forma inequívoca os benefícios e riscos das práticas não recomendadas pela Organização Mundial de Saúde, que devem ser estritamente aplicadas em casos excecionais e de emergência.

Artigo 9.º

[...]

- 1- (...).
- 2- (...).
- 3- (...).
- 4- Os serviços de saúde, os fornecedores de bens ou de serviços de saúde e os operadores de saúde são obrigados a reportar à Direção-Geral da Saúde (DGS) todas as queixas e reclamações apresentadas, para efeitos de avaliação e monitorização efetiva do respeito pela legislação em vigor no que diz respeito aos direitos das utentes.

Artigo 9.-Aº

[...]

Para efeitos de avaliação e monitorização da satisfação da mulher grávida relativamente aos cuidados de saúde durante a assistência na gravidez e no parto, a Direção-Geral da Saúde (DGS) deve disponibilizar, antes da alta hospitalar, um questionário de satisfação, a preencher por via eletrónica, e proceder à divulgação anual dos seus resultados acompanhados de recomendações, assegurando o acesso livre dos cidadãos aos dados relativos às intervenções durante o parto em cada instituição de saúde.

Artigo 15.-Aº

[...]

- 1- (...).
- 2- (...).
- 3- (...).

- 4- É ainda reconhecido à mulher grávida o direito de acompanhamento no planeamento familiar, na assistência na gravidez, parto e período pós-parto por Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

Artigo 15.-Cº

[...]

- 1- (...).
- 2- Os serviços de saúde que garantam a assistência na gravidez devem assegurar à mulher grávida a atribuição de médico de família, ou, no caso de tal não se revelar possível, assegurar a atribuição de Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica e o acesso prioritário à prestação de cuidados de saúde.
- 3- (...).
- 4- (...).
- 5- (...).
- 6- (...).
- 7- (...).
- 8- (...).
- 9- (...).
- 10- No âmbito da prestação de cuidados na assistência ao parto serão desenvolvidos protocolos de atuação clínica uniformizados, num esforço contínuo de bom acolhimento e comunicação com as grávidas e as suas famílias dentro das referências de boas práticas, e programadas as formas de intervenção mais adaptadas às suas preferências, sendo todas as intervenções e exames precedidos de uma explicação sobre os resultados esperados ou riscos associados.

Artigo 15.-Eº

[...]

- 1- (...).
- 2- (...).
- 3- (...).
- 4- O plano de nascimento deve privilegiar práticas que promovam o parto fisiológico 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 apenas procedimentos para os quais a equipa de saúde considere ter condições ou experiência para realizar com segurança.
- 5- (...).
- 6- (...).
- 7- Para efeitos do disposto nos números anteriores, a DGS deve definir, periodicamente, através de orientações claras e normas técnicas, o conteúdo orientador do modelo do plano de nascimento, garantindo que são seguidas as orientações da Organização Mundial de Saúde com enfoque no cuidado atencioso como componente essencial da qualidade da assistência à grávida, de forma a assegurar que a evidência científica é sistematicamente integrada nas práticas, e abolir, de protocolos e rotinas, procedimentos desnecessários, desatualizados ou prejudiciais.

Artigo 18.º

[...]

- 1- (...).
- 2- (...).
- 3- No período de seis semanas após o parto, deve ser garantido apoio à mulher e família no processo de transição e adaptação à parentalidade, preferencialmente por Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia, que inclua nomeadamente:

- a) Avaliação contínua do estado físico e psicológico da mulher e do recém-nascido;
- b) A promoção da amamentação;
- c) A prestação de cuidados ao recém-nascido.”

Artigo 3.º

Entrada em vigor

O presente diploma entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação em Diário da República.

Palácio de São Bento, 22 de Março de 2023,

Os Deputados do Grupo Parlamentar do CHEGA,

André Ventura - Bruno Nunes - Diogo Pacheco de Amorim - Filipe Melo - Gabriel Mithá
Ribeiro - Jorge Galveias - Pedro Frazão - Pedro Pessanha - Pedro Pinto - Rita Matias -
Rui Afonso - Rui Paulo Sousa