



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS

PARECER DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS (APEO)

Sobre o Projeto de Lei n.º 28/XVII/1.ª (CDS-PP) – Revoga a Lei n.º 33/2025, de 31 de março, e o Projeto de Lei n.º 106/XVII/1.ª (L) – Lei de prevenção e proteção contra a violência obstétrica.

A Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO), no âmbito da apreciação do Projeto de Lei n.º 28/XVII/1.ª (CDS-PP) e do Projeto de Lei n.º 106/XVII/1.ª (L), vem apresentar o seu parecer à Comissão de Saúde da Assembleia da República, nos termos seguintes. O Projeto de Lei n.º 28/XVII/1.ª tem por objeto a revogação da Lei n.º 33/2025, enquanto o Projeto de Lei n.º 106/XVII/1.ª procede à sua alteração, propondo, entre outros aspetos, o alargamento da definição legal de violência obstétrica, o reforço da formação e a reformulação da comissão atualmente prevista na lei.

I. Objeto

O presente parecer incide sobre o Projeto de Lei n.º 28/XVII/1.ª (CDS-PP), que visa revogar a Lei n.º 33/2025, de 31 de março, e sobre o Projeto de Lei n.º 106/XVII/1.ª (L), relativo à prevenção e proteção contra a violência obstétrica.

II. Posição da APEO sobre a Lei n.º 33/2025 e sobre a proposta de revogação

A Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras manifesta a sua clara oposição à revogação da Lei n.º 33/2025, de 31 de março.

Entende a APEO que a Lei n.º 33/2025 representou um passo relevante no reconhecimento dos direitos das mulheres e outras pessoas gestantes ao longo da preconceção, gravidez, parto, nascimento e puerpério, afirmando a centralidade da dignidade, da autonomia, do consentimento informado e do respeito nos cuidados de saúde materna e obstétrica. Esta perspetiva é coerente com a posição pública anteriormente assumida pela própria APEO, segundo a qual a lei constitui um compromisso com cuidados obstétricos respeitosos e uma oportunidade de mudança cultural no sistema de saúde.

A APEO considera que este diploma não deve ser interpretado como uma ameaça aos profissionais de saúde. Pelo contrário, deve ser entendido como um instrumento de proteção dos direitos das mulheres e como uma oportunidade para promover uma mudança cultural positiva no sistema de saúde, assente em cuidados respeitosos, seguros, informados e humanizados. A própria APEO já afirmou publicamente que a lei não foi criada para ameaçar os profissionais, mas como salvaguarda do respeito pela autonomia das mulheres.

Reconhece a APEO que a Lei n.º 33/2025 pode e deve ser aperfeiçoada. Como qualquer diploma inovador, carece de clarificação conceptual, densificação normativa e soluções de aplicação que garantam segurança jurídica, operacionalidade e justiça. Todavia, a existência de aspetos suscetíveis de melhoria não legitima a sua eliminação. As fragilidades de uma lei devem ser corrigidas mediante aperfeiçoamento legislativo, e não através da sua revogação.

A revogação desta lei representaria um retrocesso sério no reconhecimento institucional de experiências de desrespeito, abuso, imposição, omissão de informação e violação da autonomia no contexto da saúde sexual e reprodutiva. A eliminação do enquadramento legal não faz desaparecer o problema; apenas enfraquece a sua visibilidade, a sua prevenção e a proteção das pessoas atingidas.



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS

A APEO rejeita, por isso, qualquer leitura simplista que coloque mulheres e profissionais de saúde em lados opostos. Entende, aliás, que a definição de violência obstétrica constante da redação atual da Lei n.º 33/2025 é redutora, na medida em que tende a centrar-se sobretudo nas práticas dos profissionais, quando este é um fenómeno mais amplo, complexo e multifatorial, que inclui também dimensões de natureza institucional, organizacional e sistémica. A violência obstétrica não se esgota, por isso, em atos individuais, podendo resultar igualmente de culturas assistenciais hierarquizadas, de rotinas acríticas, de défices de comunicação, da exaustão das equipas, da escassez de recursos, da descontinuidade de cuidados e de modelos excessivamente medicalizados.

Neste sentido, a APEO manifesta total disponibilidade para contribuir para o aperfeiçoamento do diploma, com vista a uma formulação mais rigorosa, mais justa e mais eficaz; não acompanha, porém, qualquer proposta de eliminação da lei, por entender que tal representaria um grave retrocesso na proteção dos direitos das mulheres em Portugal.

III. Considerações sobre a resposta legislativa e institucional

Entende a APEO que a resposta legislativa e institucional deve centrar-se no reforço da formação inicial e contínua, na promoção de uma prática clínica baseada na evidência, no registo rigoroso e fundamentado dos procedimentos, na auditoria e monitorização da qualidade dos cuidados, na melhoria dos mecanismos de informação às mulheres e na criação de contextos organizacionais que favoreçam o respeito, a escuta e a decisão partilhada. Esta ênfase na formação, no diálogo e na mudança é coerente com o comunicado público da APEO.

A evidência científica demonstra que a implementação de Unidades de Cuidados na Maternidade em Portugal, incluindo o acompanhamento da gravidez por Enfermeiro Obstetra e Parteira Certificada, constitui uma estratégia promissora, não apenas para melhorar a acessibilidade das mulheres aos cuidados de saúde, mas também a sua satisfação com os cuidados recebidos, através da promoção de relações terapêuticas de confiança, do reforço da literacia e da decisão informada e partilhada, bem como da redução do risco de experiências de desrespeito, omissão ou coerção no âmbito da saúde materna e obstétrica, sem prejuízo da indispensável articulação multiprofissional e da referenciação clínica atempada sempre que a situação o exija.

A APEO sublinha, por conseguinte, o valor dos cuidados liderados por Enfermeiros Obstetras ou Parteiros Certificados, integrados em equipas multiprofissionais colaborativas, e de modelos de assistência humanizados, salutogénicos e centrados na mulher e na família, como via concreta para prevenir práticas desrespeitosas e promover melhores resultados em saúde. No seu comunicado, a APEO já havia destacado o valor de modelos de cuidados de saúde materno-fetal baseados no *Midwifery Model of Care* como via promissora para a promoção de cuidados respeitosos e seguros.

IV. Considerações específicas sobre o Projeto de Lei n.º 106/XVII/1.ª (L)

No que respeita ao Projeto de Lei n.º 106/XVII/1.ª (L), a APEO entende que o mesmo merece uma apreciação distinta da que se impõe relativamente ao Projeto de Lei n.º 28/XVII/1.ª (CDS-PP). Com efeito, não estando em causa, neste caso, a eliminação do quadro legal existente, mas antes a sua alteração e desenvolvimento, a APEO considera que esta iniciativa contém matérias que justificam análise e discussão aprofundadas em sede de especialidade. O projeto do LIVRE propõe expressamente alargar a definição legal de violência obstétrica, incluindo abuso físico, verbal,



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS

psicológico e emocional, bem como práticas institucionais, reforçar a formação transversal dos profissionais de saúde e reformular a comissão existente.

Para a APEO, os aspetos verdadeiramente essenciais deste projeto são, desde logo, o alargamento da definição legal de violência obstétrica, superando uma formulação excessivamente centrada em atos individuais dos profissionais, e o reforço da formação inicial e contínua em matérias como direitos humanos, questões de género, ética e consentimento. Estas matérias são particularmente relevantes porque respondem a lacunas que o próprio projeto identifica: insuficiências na definição legal, na formação dos profissionais e na monitorização das práticas clínicas.

Já outras alterações propostas, designadamente as respeitantes à designação formal da lei ou da comissão, não assumem, no entendimento desta Associação, a mesma centralidade político-legislativa. O que se afigura determinante é que a futura solução legislativa seja mais clara, mais abrangente e mais exequível.

A APEO entende, por isso, que o Projeto de Lei n.º 106/XVII/1.^a pode constituir uma base útil de trabalho legislativo, desde que sujeito a aperfeiçoamento técnico, clarificação conceptual e ponderação em sede de especialidade. Também aqui a posição da APMJ é relevante: aquela associação congratula-se com a necessidade de alteração e aprofundamento da Lei n.º 33/2025, embora alerte para a necessidade de rever algumas opções concretas do articulado, nomeadamente no artigo 8.º, por risco de redundância e indeterminação.

Neste contexto, a APEO manifesta a sua inteira disponibilidade para colaborar, no âmbito da comissão multidisciplinar, ou de qualquer outro espaço de trabalho institucional que venha a ser constituído, na construção de uma proposta sólida, cientificamente sustentada e juridicamente consistente de atualização da legislação em vigor. Essa disponibilidade para colaborar no aperfeiçoamento do diploma não prejudica, antes reforça, a posição de princípio da APEO: absoluta oposição à revogação da Lei n.º 33/2025, por considerar que tal representaria um grave retrocesso na proteção dos direitos das mulheres em Portugal.

V. Conclusão

Em face do exposto, entende a Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras que:

- a) o caminho adequado não é a revogação da Lei n.º 33/2025, mas sim o seu aperfeiçoamento técnico e político, preservando o objetivo essencial de prevenir práticas lesivas da dignidade e da autonomia e de consolidar uma cultura de cuidados obstétricos respeitosos em Portugal;
- b) a definição legal atualmente existente deve ser revista e alargada, por forma a refletir de modo mais rigoroso a natureza multifatorial da violência obstétrica, incluindo as suas dimensões institucionais, organizacionais e sistémicas;
- c) o reforço da formação inicial e contínua dos profissionais de saúde constitui uma prioridade essencial para a prevenção de práticas desrespeitosas, para a promoção do consentimento informado e para a consolidação de cuidados baseados na evidência, na dignidade e na autonomia;
- d) a implementação de modelos assistenciais humanizados, colaborativos e centrados na continuidade de cuidados, incluindo Unidades de Cuidados na Maternidade e o acompanhamento da gravidez por



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS

Enfermeiro Obstetra e Parteira Certificada, deve ser entendida como parte integrante de uma estratégia de promoção de cuidados respeitadores e de redução da violência obstétrica;

e) o Projeto de Lei n.º 106/XVII/1.ª contém contributos relevantes, em especial no que respeita ao alargamento da definição legal de violência obstétrica e ao reforço da formação, matérias que devem ser objeto de discussão e aperfeiçoamento em sede própria;

f) a APEO manifesta disponibilidade para colaborar ativamente, no contexto da comissão multidisciplinar, na elaboração de uma proposta legislativa mais sólida, abrangente e eficaz;

g) a Assembleia da República deve, por isso, rejeitar qualquer solução revogatória e concentrar os seus esforços na melhoria do quadro legal existente, com escuta das mulheres, dos profissionais e das entidades da sociedade civil, em defesa de cuidados maternos e obstétricos mais humanos, mais seguros e mais dignos.

Nestes termos, a APEO pronuncia-se contra a revogação da Lei n.º 33/2025 e a favor do seu aperfeiçoamento, manifestando abertura para o trabalho conjunto necessário à construção de uma solução legislativa mais robusta, justa e eficaz.

Setúbal, 28 de abril de 2026

Vítor Varela, Presidente da APEO

Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO)

Telem: [REDACTED] (chamada para rede móvel nacional)

E-mail: apeco.portugal@gmail.com

URL: <http://apeco.pt>

NIF: [REDACTED]

Rua Francisco Sá Carneiro, nº 25 A

2900-379 Setúbal

PORTUGAL



Carta de Sustentação Técnica

Lei da Violência Obstétrica

Contributo técnico e político para a clarificação conceptual, operacionalização da lei e promoção de cuidados obstétricos respeitosos

Exmos. Senhores Deputados da Comissão de Saúde,

A Lei n.º 33/2025 colocou Portugal perante uma oportunidade política rara: transformar um tema frequentemente remetido para a esfera individual - a experiência de gravidez, parto, nascimento e puerpério - numa prioridade pública de qualidade, segurança, direitos humanos e confiança no Serviço Nacional de Saúde.

Este contributo parte de uma premissa simples: a proteção das mulheres e pessoas grávidas e a proteção dos profissionais de saúde não são objetivos opostos. Pelo contrário, uma lei tecnicamente clara, cientificamente sustentada e operacionalizável contribui simultaneamente para a qualidade dos cuidados, para a segurança dos profissionais e para o fortalecimento daqueles que trabalham de acordo com a ética, a deontologia, a evidência e o consentimento informado.

O objetivo não é alimentar clivagens entre mulheres e profissionais de saúde, nem criar uma cultura de medo. O objetivo é construir um quadro comum, claro e baseado na evidência, que permita prevenir maus-tratos, apoiar as equipas, melhorar a comunicação, reduzir práticas desnecessárias e reforçar a confiança nas instituições de saúde.

Gostaríamos de deixar algumas mensagens chave

- **Nomear o problema como Violência Obstétrica é condição para o resolver:** a expressão “violência obstétrica” torna visíveis práticas naturalizadas, enquadra-as como questão de direitos humanos e cria instrumentos para a transformação institucional.
- **A lei não criminaliza boas práticas:** profissionais que atuam de acordo com a evidência científica, a ética, a deontologia, a comunicação adequada e o consentimento informado são aliados naturais desta legislação.
- **A definição de Violência Obstétrica deve ser completa e operacional:** deve explicitar as dimensões física, psicológica, emocional, institucional e discriminatória, incluindo de forma inequívoca o consentimento informado como elemento central.
- **A aplicação da lei deve ser monitorizada e avaliada:** sem indicadores de qualidade, formação das equipas, mecanismos de auditoria e auscultação sistemática das mulheres, a lei corre o risco de permanecer essencialmente simbólica.
- **Os Enfermeiros Obstetras e as Parteiras Certificadas são parte da solução estrutural:** modelos de cuidados liderados por estes profissionais estão associados a melhor experiência das mulheres, maior continuidade assistencial e menor recurso a intervenções desnecessárias, contribuindo para a promoção de cuidados respeitosos.

1. Definir violência obstétrica: clareza, rigor e utilidade política

A definição de violência obstétrica não deve ser entendida como um enunciado fechado ou meramente técnico. O projeto europeu IPOV - Respectful Care (<https://respectfulcare.eu/>) sublinha que definir este fenómeno implica estabelecer fronteiras, escolher um enquadramento conceptual e assumir uma posição ética e política. Uma definição deve tornar visíveis as experiências das mulheres, desnaturalizar práticas abusivas, apoiar ferramentas



de transformação institucional e criar espaço para diálogo entre utentes, profissionais, gestores e decisores públicos [1,2].

A legislação portuguesa vigente define violência obstétrica como ação física e verbal exercida por profissionais de saúde sobre o corpo e os procedimentos na área reprodutiva, expressa em tratamento desumanizado, abuso da medicalização ou patologização dos processos naturais [3]. A proposta apresentada pelo Grupo Parlamentar do partido LIVRE procura densificar essa definição, reconhecendo a dimensão institucional do fenómeno e a necessidade de maior proteção das mulheres e pessoas grávidas. Esse alargamento constitui um avanço relevante, mas deve ser acompanhado de maior precisão clínica e jurídica, em particular no que respeita ao consentimento informado, à autonomia, à discriminação, à coerção e às situações de emergência clínica.

Nesse sentido, a Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras concorda com a necessidade de refinamento do conceito, e propõe uma definição de conceito que resulta da integração da lei vigente, da proposta do Grupo Parlamentar do LIVRE, dos contributos do IPOV – Respectful Care e da evidência científica nacional e internacional relativa a desrespeito, abuso, violência e maus-tratos no contexto da assistência ao parto.

Proposta de definição:

Violência obstétrica corresponde a qualquer ação, omissão, política institucional ou padrão de cuidados, no âmbito da saúde reprodutiva, que resulte em desrespeito, abuso, coerção, discriminação, negligência, tratamento desumanizado ou violação da autonomia, dignidade, privacidade ou integridade física, psicológica, emocional ou moral da mulher ou pessoa grávida, incluindo a realização de intervenções sem consentimento informado, livre e esclarecido, nos termos da legislação aplicável.

A presente definição encontra-se articulada com o regime jurídico vigente em Portugal relativo aos direitos das pessoas em contexto de prestação de cuidados de saúde, designadamente no que respeita ao consentimento informado.

Nos termos da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019), é reconhecido o direito à autodeterminação da pessoa e ao consentimento livre e esclarecido para a realização de atos em saúde, bem como o direito a cuidados prestados com respeito pela dignidade humana.

De igual modo, a Lei n.º 15/2014 consagra o direito do utente à informação, ao consentimento informado e à participação nas decisões relativas aos cuidados de saúde.

A definição proposta não pretende alterar ou substituir este regime jurídico, mas antes concretizá-lo no contexto específico da saúde reprodutiva, reforçando a sua aplicabilidade e visibilidade nas situações de gravidez, parto e puerpério.

Assim, nas situações em que, nos termos da lei, não seja possível obter consentimento informado — designadamente por motivo de urgência clínica ou incapacidade temporária da pessoa — mantêm-se plenamente aplicáveis os princípios gerais do direito da saúde, devendo a intervenção:

- limitar-se ao estritamente necessário;
- ser proporcional ao risco identificado;
- ser devidamente fundamentada e registada;
- garantir, em qualquer circunstância, o respeito pela dignidade da pessoa.

A presente definição visa assegurar coerência com o ordenamento jurídico nacional, promovendo simultaneamente a operacionalização prática dos direitos já consagrados e a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde materna.

Esta formulação tem três vantagens políticas e práticas:



- Primeiro, evita uma leitura exclusivamente punitiva da lei, ao distinguir situações de emergência clínica devidamente fundamentada de práticas sem informação, sem consentimento ou sem respeito pela autonomia.
- Segundo, reconhece que a violência obstétrica pode resultar de ação individual, omissão, cultura institucional ou rotinas não refletidas.
- Terceiro, permite transformar a lei num instrumento de prevenção, formação e melhoria da qualidade, e não apenas num mecanismo sancionatório.

2. Porquê dizer “violência obstétrica” e não apenas “má experiência” ou “negligência”?

A escolha das palavras tem impacto político. A expressão “violência obstétrica” tem uma carga forte, mas essa força é precisamente parte da sua utilidade pública: permite nomear práticas que, durante muitos anos, foram descritas como “maus-tratos”, “desrespeito”, “abuso”, “má comunicação” ou “experiências negativas”, mas que raramente produziram mudança institucional suficiente.

Desde a implementação da lei em Portugal, com a introdução do conceito de “violência obstétrica”, tem-se observado uma mobilização significativa entre profissionais e instituições de saúde, traduzida em mudanças positivas para as mulheres. Mudanças que, embora há muito anunciadas, só se concretizaram de forma consistente após o reconhecimento formal deste conceito. Um exemplo disso é o reconhecimento, na prática clínica, do plano de parto como um instrumento válido e fundamental de comunicação entre mulheres e profissionais de saúde.

A Organização Mundial da Saúde reconheceu, já em 2014, que muitas mulheres vivem tratamentos desrespeitosos e abusivos durante o parto em instituições de saúde, o que pode violar direitos à vida, à saúde, à integridade corporal e à não discriminação [4]. O Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos retomou esta abordagem, enquadrando os maus-tratos e a violência nos cuidados obstétricos como uma questão de direitos humanos [5].

Dizer “violência obstétrica” não significa afirmar que todos os desfechos adversos são violência, nem que os profissionais agem com intenção de prejudicar.

Um parto pode ser uma experiência dolorosa ou negativa por razões inevitáveis, como uma complicação clínica imprevista, sem que tenha havido negligência ou violência. Do mesmo modo, a negligência médica é um conceito próprio, associado a erro técnico ou incumprimento do dever de cuidado. Pode existir violência obstétrica sem coexistir negligência. Pode mesmo existir violência sem intenção: o dano pode ser violento mesmo quando não existe intenção consciente de o causar. Muitas das práticas documentadas estão incorporadas em sistemas, rotinas, hierarquias, pressões organizacionais e modelos de formação.

Por tudo isto, nomear o fenómeno é essencial para proteger utentes e também profissionais, permitindo que as soluções sejam sistémicas e não meramente individuais [2].

3. Uma lei para melhorar cuidados, não para hostilizar profissionais

Esta lei surge para melhorar os cuidados e não para hostilizar profissionais de saúde, mas esta é uma preocupação expressa por alguns profissionais, que deve ser escutada com seriedade e devidamente esclarecida.

Uma lei ambígua pode gerar insegurança, medo de litigância e práticas defensivas. Mas a resposta política não deve ser retirar o conceito: deve ser qualificar a lei, clarificar definições, estabelecer critérios técnicos, investir na formação e construir indicadores transparentes.

A mensagem pública deve ser inequívoca: a lei não se destina a incriminar profissionais que atuam de acordo com a ciência, a ética, os códigos deontológicos, as normas clínicas e o consentimento informado. Destina-

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS OBSTETRAS

www.apeo.pt | TM [REDACTED] | apeo.portugal@gmail.com

Rua Francisco Sá Carneiro, nº 25 A 2900-379 Setúbal Portugal [REDACTED]



se a prevenir e sancionar práticas que violem esses princípios. Esta distinção é fundamental para reduzir resistência profissional e construir consenso político.

Uma boa lei nesta matéria deve produzir três efeitos:

1. reconhecer as experiências das mulheres;
2. proteger os profissionais que fazem bem;
3. obrigar as instituições a criar condições para cuidados respeitosos, incluindo recursos humanos adequados, formação, protocolos claros, tempo para comunicação clínica e sistemas de monitorização da experiência das mulheres.

4. Contributo dos Enfermeiros Obstetras e Parteiras Certificadas para cuidados respeitosos

Os Enfermeiros Obstetras e as Parteiras Certificadas devem ser considerados parceiros estratégicos na aplicação da lei. A sua formação e campo de intervenção assentam na promoção da fisiologia, continuidade, autonomia, educação para a saúde, vigilância da gravidez, preparação para o nascimento, apoio ao parto e puerpério, e proteção da relação mulher-bebé-família.

A revisão Cochrane de 2024 sobre modelos de continuidade de cuidados liderados por Enfermeiros Obstetras e Parteiras Certificadas concluiu que estes modelos estão associados a experiências mais positivas durante a gravidez, trabalho de parto e pós-parto, podendo ainda aumentar o parto vaginal espontâneo e gerar poupanças nos períodos pré-natal e intraparto [6,7]. Estes resultados são politicamente relevantes: demonstram que cuidados respeitosos não são apenas uma exigência ética, mas também uma estratégia de qualidade, eficiência e sustentabilidade.

Modelos de cuidado liderados por Enfermeiros Obstetras e Parteiras Certificadas contribuem para a prevenção da violência obstétrica por quatro vias principais:

- Primeiro, **reforçam a continuidade e a relação terapêutica**, criando confiança antes do momento do parto.
- Segundo, **promovem literacia e consentimento informado durante a gravidez**, quando a mulher tem mais disponibilidade para ponderar opções.
- Terceiro, **reduzem a medicalização desnecessária**, sem comprometer a segurança.
- Quarto, **funcionam como advocacia clínica da mulher**, ajudando a traduzir preferências, dúvidas e receios num plano de cuidados realista, seguro e respeitado.

Isto não implica opor Enfermeiros Obstetras e Parteiras Certificadas a Médicos Obstetras ou Médicos Especialistas em Saúde Familiar. Pelo contrário, quando surgem desvios da normalidade e da fisiologia, os melhores resultados associam-se ao trabalho interdisciplinar de equipas multiprofissionais, com papéis claros, respeito interprofissional e referência adequada. O que a evidência mostra é que a integração plena e autónoma dos Enfermeiros Obstetras e Parteiras Certificadas, dentro das suas competências técnicas e humanas, na prestação de cuidados de continuidade e liderança na gravidez e no parto, incluindo consultas de acompanhamento pré-natal, consultas de plano de parto, programas de preparação para o parto, acompanhamento do parto fisiológico, apoio à amamentação e cuidados ao recém-nascido, constitui uma medida concreta para reduzir práticas desnecessárias e melhorar a experiência das mulheres [6,7].

5. Como aplicar a lei: indicadores de qualidade e responsabilidade institucional

A Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras defende ainda que aplicação da lei não deve depender apenas de denúncias ou processos disciplinares. Deve assentar numa política de prevenção, avaliação e melhoria



contínua. Para isso, as instituições devem medir, regularmente, se os direitos previstos na lei estão a ser efetivamente garantidos.

Sugere-se a criação de um painel mínimo de indicadores nacionais, mensurável e comparável entre instituições, sem finalidade punitiva imediata, mas orientado para melhoria contínua e com capacidade de identificar problemas, orientar formação e melhorar práticas.

Dimensão	Indicador sugerido	Finalidade
Preparação pré-natal para o parto	Percentagem de mulheres com consulta de plano de parto ou discussão documentada de preferências, opções e intervenções.	Garantir que o consentimento informado começa na gravidez e não apenas no parto.
Consentimento informado	Percentagem de intervenções com consentimento documentado, incluindo cesariana, indução, episiotomia, exames vaginais, analgesia epidural e outras intervenções relevantes.	Tornar visível se a decisão foi partilhada e compreendida.
Experiência da mulher	Questionário pós-parto anónimo sobre respeito, comunicação, privacidade, consentimento, dor, discriminação e envolvimento nas decisões.	Medir resultados que não aparecem nos indicadores clínicos tradicionais.
Plano de parto	Percentagem de desvios de plano de parto com justificação clínica.	Evitar que o plano de parto seja meramente simbólico.
Formação profissional	Percentagem de profissionais com formação anual em direitos na gravidez e parto, comunicação, autonomia da mulher, consentimento informado, trauma e cuidados culturalmente competentes.	Apoiar profissionais e harmonizar práticas.
Reclamações e eventos	Número e tipologia de reclamações relacionadas com desrespeito, falta de consentimento, linguagem humilhante, discriminação ou recusa de analgesia.	Identificar padrões institucionais e não apenas episódios isolados.
Modelos de cuidado	Percentagem de grávidas de baixo risco acompanhadas durante a gravidez em modelos de continuidade liderados por Enfermeiros Obstetras e Parteiras Certificadas. Percentagem de grávidas de baixo risco acompanhadas durante o parto em modelos de continuidade liderados por Enfermeiros Obstetras e Parteiras Certificadas. Percentagem de puérperas e recém-nascidos acompanhados durante o primeiro mês após o parto em modelos de continuidade liderados por Enfermeiros Obstetras e Parteiras Certificadas.	Promover modelos com evidência de melhor experiência e menor intervenção desnecessária.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS OBSTETRAS

www.apeco.pt | TM [REDACTED] | apeco.portugal@gmail.com

Rua Francisco Sá Carneiro, nº 25 A 2900-379 Setúbal Portugal [REDACTED]



6. Questionário mínimo de experiência pós-parto

Para que a lei tenha impacto real, as instituições devem perguntar às mulheres o que aconteceu, de forma sistemática, anónima e comparável. Um questionário breve, aplicado entre o internamento pós-parto e a consulta do puerpério, poderia incluir as seguintes perguntas, em escala de 1 a 5, com espaço para comentário livre:

- Senti que recebi tratamento com respeito e dignidade durante a gravidez, parto e pós-parto imediato.
- Recebi informação clara, compreensível e suficiente antes das intervenções realizadas.
- Senti que pude fazer perguntas e que as minhas dúvidas foram respondidas.
- As intervenções realizadas foram precedidas de consentimento informado, salvo se não foi possível obtê-lo por motivo de urgência clínica ou incapacidade temporária.
- O meu plano de parto/preferências foram lidos, discutidos e respeitados sempre que clinicamente possível.
- A minha dor foi valorizada e foram-me apresentadas opções adequadas de alívio.
- Senti que participei nas decisões sobre o meu corpo e o meu bebé.
- Senti que, em algum momento, durante os cuidados que me prestaram na gravidez, no parto ou após o parto, houve situações de humilhação, coação, discriminação, recusa de cuidados ou privação de informação relevante.
- Se houve alteração ao plano inicial, foi-me explicada a razão clínica dessa alteração.
- Globalmente, senti segurança, escuta e respeito.

7. Recomendações políticas

1. **Aperfeiçoar a definição legal**, incorporando dimensões psicológicas, emocionais, institucionais, discriminatórias e de consentimento informado.
2. **Operacionalizar a lei** com normas técnicas, indicadores nacionais e instrumentos de auditoria centrados na experiência da mulher.
3. **Continuar a apoiar a implementação de consultas de plano de parto** ou momento estruturado equivalente na vigilância da gravidez, preferencialmente com Enfermeiros Obstetras e Parteiras Certificadas.
4. **Valorizar modelos de continuidade de cuidados liderados por Enfermeiros Obstetras e Parteiras Certificadas** em gravidezes de baixo risco, para acompanhamento autónomo da gravidez, do trabalho de parto e do puerpério e primeiro mês de vida do bebé.
5. **Garantir formação obrigatória e periódica** em consentimento informado, comunicação, direitos humanos, cuidados respeitosos e prevenção de discriminação, incluindo comunicação, respeito e consentimento em situações de emergência e ameaças de vida ou morte.
6. **Tratar reclamações e relatos de violência obstétrica como oportunidades de melhoria sistémica**, sem desvalorizar a responsabilidade individual quando aplicável.

Conclusão

A Lei da Violência Obstétrica pode ser um ponto de viragem para Portugal, desde que seja acompanhada por clarificação conceptual, operacionalização prática e envolvimento das equipas. A resposta política mais equilibrada não é recuar na nomeação do problema, mas tornar a lei mais robusta, mais justa e mais aplicável.

A proteção dos direitos das mulheres e a proteção dos bons profissionais não são objetivos concorrentes. São duas faces da mesma política pública: cuidados seguros, respeitosos, informados, baseados na evidência e prestados por equipas valorizadas.

É neste equilíbrio entre direitos, ciência, prática clínica e responsabilidade institucional que Portugal pode construir uma resposta madura, transversal e politicamente sustentável à violência obstétrica.



Referências

1. IPOV - Respectful Care. Rethinking the Definition of Obstetric Violence: Reflections from a Collective and Regional Perspective. Barcelona, July 2025. Disponível em: <https://respectfulcare.eu/rethinking-obstetric-violence/>
2. IPOV - Respectful Care. Use of the Term 'Obstetric Violence'. Disponível em: <https://respectfulcare.eu/use-of-the-term-obstetric-violence/>
3. Lei n.º 33/2025, de 31 de março. Diário da República. Promove os direitos na gravidez e no parto e altera a Lei n.º 15/2014, de 21 de março. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/33-2025-913048477>
4. World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. WHO statement. 2014. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>
5. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Statement on a human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services, with a focus on childbirth and obstetric violence. 2019. Disponível em: <https://www.ohchr.org/en/statements-and-speeches/2019/10/statement-human-rights-based-approach-mistreatment-and-violence>
6. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2024; Issue 4: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub6.
7. Cochrane. Are midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women better for women and babies? Evidence summary, 2024. Disponível em: https://www.cochrane.org/evidence/CD004667_are-midwife-continuity-care-models-versus-other-models-care-childbearing-women-better-women-and



Estamos há mais de 25 anos consigo e a trabalhar para si...

Vítor Varela, Presidente da APEO

Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO)

Telem: + [REDACTED] (chamada para rede móvel nacional)

E-mail: apeo.portugal@gmail.com

URL: <http://apeo.pt>

NIF: [REDACTED]

Rua Francisco Sá Carneiro, nº 25 A

2900-379 Setúbal

PORTUGAL

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS OBSTETRAS

www.apeo.pt | TM 918492122 | apeo.portugal@gmail.com

Rua Francisco Sá Carneiro, nº 25 A 2900-379 Setúbal Portugal NIF 504111167