



Apreciação na generalidade das iniciativas legislativas que visam alterar a Lei n.º 33/2025 – Proposta de Texto de Substituição

Enquadramento

Vivemos um tempo de profundas transformações sociais, científicas e médicas em que os valores fundamentais da nossa convivência, como a dignidade humana, a empatia e o cuidado com o próximo, ganham um novo significado e centralidade.

Neste contexto, a saúde deve ser entendida não apenas como um direito, mas como um compromisso coletivo, onde as decisões públicas e as práticas clínicas caminham lado a lado na construção de um sistema mais justo, acolhedor e eficaz.

Os médicos, têm um papel central e insubstituível neste processo, assim como todos os profissionais de saúde numa perspetiva de trabalho em equipa. Somos chamados não apenas a tratar doenças, mas a cuidar de pessoas, com sensibilidade, com ciência e com ética. Somos defensores da vida em todas as suas fases, e é com esse compromisso que colocamos a mulher, a grávida e a criança no centro da nossa missão.

Acreditamos profundamente num modelo de cuidados que valorize o ser humano na sua dimensão holística, promovendo relações baseadas no respeito, na colaboração e na confiança mútua. Defendemos uma maternidade segura, humanizada e baseada em evidências científicas, onde cada mulher é tratada com dignidade, cada gravidez é acompanhada com responsabilidade e cada criança é acolhida com amor e proteção desde os seus primeiros instantes de vida.

É nosso dever ético e moral garantir que nenhuma mulher se sinta desamparada durante a gravidez, o parto ou o pós-parto. Que nenhuma criança seja privada dos cuidados de saúde de qualidade que merece. Que nenhuma família seja deixada para trás por um sistema que deveria servir a todos, com equidade e compaixão. E é por isso que nos posicionamos firmemente em defesa de decisões públicas que fortaleçam os serviços de saúde materno-infantil, que valorizem os médicos e outros profissionais de saúde e que coloquem as necessidades reais das pessoas no centro das decisões.

Ser médico é assumir um compromisso diário com a vida, com a verdade científica e com o bem-estar das pessoas. E é com esse espírito que continuaremos a lutar por um sistema de saúde que respeite, proteja e cuide de todas as mulheres, grávidas e crianças, garantindo-lhes não apenas acesso, mas também segurança, acolhimento e dignidade em todos os momentos.

Cuidar da mulher e da criança é cuidar do futuro. E esse futuro começa agora, com coragem, com responsabilidade e com humanidade.



Os avanços tecnológicos e do conhecimento ao longo das últimas décadas permitiram uma redução acentuada dos desfechos materno-fetais adversos associados à gravidez e ao parto, em países de recursos elevados. Este fenómeno permitiu que os cuidados de saúde se passassem a focar, para além da segurança, numa experiência positiva do parto para a mulher, para o seu círculo familiar e social. O nascimento de um ser humano é um dos eventos mais marcantes na vida de uma mulher, da família e dos amigos, havendo atualmente uma expectativa generalizada de que deverá ser uma experiência segura, positiva e transformadora de vida.

É mais do que compreensível que as mulheres que foram submetidas a experiências negativas durante este momento tão importante das suas vidas se sintam maltratadas. É natural que elas possam perder a confiança nas instituições de saúde. A prevalência destas situações não é ainda completamente conhecida a nível mundial, mas nalguns países europeus ronda os 10%.

Os relatos de experiências negativas no trabalho de parto devem motivar uma profunda reflexão por todos os profissionais que trabalham nesses serviços de saúde e as associações que os representam, visando identificar as causas subjacentes e, quando necessário, realizar as correções adequadas.

A partilha de experiências e conhecimento nesta área permite às mulheres a possibilidade de realizar escolhas informadas sobre o local onde desejam ter o parto, sobre as decisões que poderão vir a ser necessárias na evolução do trabalho de parto, e encoraja-as a adaptar as expectativas às condições disponíveis.

O termo “violência obstétrica” foi proposto na América do Sul na primeira década do presente século, para descrever diversos tipos de experiências negativas ocorridas na gravidez e parto³. Acontece que a expressão “violência” é globalmente entendida pelas sociedades como a utilização de ações propositadas, destinadas a ferir, abusar ou causar danos. É conhecido que, na grande maioria das experiências negativas no trabalho de parto, não existe intenção desta ordem por parte dos profissionais. A inclusão da palavra “obstétrica” nesta expressão leva também uma grande parte da população a pensar que é realizada apenas por médicos obstetras, excluindo dessa responsabilidade os médicos anestesiológicos, neonatologistas, médicos de família e de outras especialidades, enfermeiros de saúde materna e obstétrica, enfermeiros generalistas, psicólogos, nutricionistas, técnicos auxiliares de saúde e assistentes técnicos, embora todos possam condicionar experiências negativas no trabalho de parto.

Várias instituições europeias e internacionais da área médica e de enfermagem condenaram publicamente a expressão “violência obstétrica”, por não identificar os motivos específicos que levaram à experiência negativa no trabalho de parto, e como tal não contribuir para a sua correção. A expressão é vista como ofensiva e injusta por uma grande parte dos obstetras, incluindo aqueles que proporcionam experiências seguras e positivas no trabalho de parto. Causa frequentemente reações emocionais negativas nos profissionais de saúde, bem como uma postura mais defensiva e menos colaborativa. O termo não ajuda a criar confiança entre os diferentes intervenientes, nem fomenta o diálogo entre as partes envolvidas. É



essencial manter abertos os canais de comunicação entre todos os intervenientes, para se encontrarem estratégias eficazes que levem à redução do problema.

As causas geralmente referidas para a ocorrência de experiências negativas no trabalho de parto são a “não-adoção das melhores-práticas” e o “tratamento desrespeitoso”.

A não adoção das melhores práticas refere-se à utilização de procedimentos clínicos ou práticas organizativas que não são consideradas as mais adequadas pela comunidade científica e profissional. O termo é aplicado também à execução inadequada de procedimentos, bem como às situações em que as melhores práticas não são oferecidas ou são recusadas às grávidas. O conceito inclui ainda a realização de procedimentos sem um consentimento informado adequado, quer seja devido a deficiências na informação fornecida à grávida, quer seja pela não solicitação desse consentimento.

Entre os procedimentos que podem ser utilizados sem uma indicação clínica clara, contam-se os partos por cesariana, a administração de ocitocina intraparto, a amniotomia, a tricotomia perineal, o cateterismo urinário, o número excessivo de exames vaginais, a manobra de Kristeller e a episiotomia. Entre as medidas não-clínicas sem indicação que podem ser desapropriadas conta-se a limitação do acompanhamento do trabalho de parto, a limitação de mobilidade da grávida, a limitação da posição de parto, a separação da mãe e do recém-nascido e a proibição da amamentação.

Entre as boas práticas clínicas que podem ser oferecidas contam-se as diversas formas de analgesia do parto, o contato pele-a-pele após o parto, e a amamentação precoce.

Entre os procedimentos realizados de forma descuidada, resultando em ansiedade, dor ou desconforto desnecessários, conta-se o exame vaginal, o cateterismo venoso, o cateterismo urinário, a colocação do cateter epidural, o parto vaginal instrumental, a episiorrafia e a massagem uterina externa.

A falta de consentimento informado adequado para os procedimentos inclui a insuficiência de informação necessária para tomar uma decisão, o fornecimento de informações incorretas ou tendenciosas, o fornecimento de informações incompreensíveis, a não solicitação de consentimento e/ou a solicitação pouco clara deste consentimento.

Entende-se por tratamento desrespeitoso durante o trabalho de parto as diversas formas de comunicação verbal e não verbal percebidas pelas mulheres ou seus acompanhantes como afetando sua dignidade, individualidade, privacidade ou intimidade; ou aquelas que perturbam as suas crenças étnicas, culturais ou religiosas.

Entre os diferentes tipos de tratamento desrespeitoso durante o trabalho de parto conta-se o esforço reduzido para estabelecer uma relação empática com as grávidas e os seus acompanhantes, o esforço reduzido para transmitir um sentimento de segurança e tranquilidade às grávidas e aos seus acompanhantes,



o desrespeito pela privacidade, a exposição física desrespeitosa ou desnecessária, os comentários discriminatórios ou críticos, o desrespeito de crenças étnicas, culturais, religiosas, de género etc., a atitude agressiva, o abuso verbal, o abuso emocional, o abuso físico e o abuso financeiro.

Algumas das situações atrás referidas, condicionantes de experiências negativas no trabalho de parto, constituem crime, de acordo com a legislação portuguesa. No entanto, não se afigura útil nem construtivo criminalizar todos os comportamentos conducentes a experiências negativas no parto, englobados numa entidade mal definida, cuja terminologia não é aceite pela Organização Mundial de Saúde, nem pelos restantes países europeus.

É necessário que as sociedades científicas e profissionais se envolvam num esforço conjunto para eliminar, ou pelo menos minimizar, as experiências negativas no trabalho de parto, participando na elaboração de normas e orientações que definam as melhores-práticas nesta área. É necessário também que as entidades representantes dos utentes estejam envolvidas neste esforço, pois fornecem informações importantes sobre as práticas e atitudes que contribuem para as experiências negativas no trabalho de parto, e que podem passar despercebidas à equipa de saúde. É essencial envolver os profissionais que trabalham nas maternidades, pois apenas eles podem implementar estratégias sustentáveis que ajudem a minimizar o problema.

Neste quadro, constituiu um contributo relevante, ao nível legislativo, a Lei n.º 110/2019, de 09 de setembro, que acrescentou ao regime de direitos dos utentes dos serviços de saúde, uma abordagem específica reforçada para proteção das mulheres grávidas ou puérperas, nomeadamente:

- i. O alargamento e densificação do regime quanto ao acompanhamento durante o parto;
- ii. O dever de disponibilização de inquéritos de satisfação pela DGS para efeitos de avaliação e monitorização da satisfação da grávida relativamente aos cuidados de saúde durante a gravidez e no parto;
- iii. O reconhecimento expresso, às grávidas e parturientes, nomeadamente:
 - Do direito à informação, ao consentimento informado, ou à recusa informada, e o respeito pelas suas escolhas e preferências;
 - Do direito a serem tratadas com dignidade e com respeito;
 - Do direito de serem bem tratadas e estarem livres de qualquer forma de violência;
 - Do direito à igualdade no tratamento que recebem, e a não serem discriminadas;
 - Do direito a receber os melhores cuidados de saúde e que estes sejam seguros e apropriados;
 - Do direito à liberdade, autonomia e autodeterminação, incluindo o direito a não serem coagidas.
- iv. A salvaguarda explícita de que: o plano de nascimento deve contemplar práticas aconselhadas pelo conhecimento científico, 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; de que em todo o processo do parto é assegurado o cumprimento do consentimento informado, esclarecido e livre, por parte da mulher grávida; e de que a mulher grávida pode a todo o tempo, inclusive durante o trabalho de parto, modificar as preferências manifestadas previamente no plano de nascimento.
- v. A garantia de que a mulher e recém-nascido devem ser 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;
 - vi. A regra de que os serviços de saúde devem assegurar métodos: a) não farmacológicos de alívio da dor, de acordo com as preferências da mulher grávida e a sua situação clínica; b) Farmacológicos de alívio da dor, como a analgesia epidural, de acordo com as condições clínicas da parturiente e mediante seu pedido expresso, conhecedora das vantagens e desvantagens do respetivo uso.
 - vii. O princípio de que os serviços de saúde devem seguir as recomendações da Organização Mundial da Saúde para uma experiência positiva do parto;
 - viii. Quanto à prestação de cuidados durante o puerpério estabelece-se que os serviços de saúde devem garantir o adequado e regular acompanhamento clínico, na prevenção e tratamento de situações relacionadas com as alterações do foro emocional decorrentes da gravidez e parto ou primeiros meses de vida, nomeadamente a deteção precoce de depressão pós-parto e de síndrome pós-traumático;
 - ix. A atribuição à IGAS e à ERS da competência para assegurarem a monitorização do cumprimento das disposições desta lei e responsabilização dos órgãos executivos e de gestão dos serviços de saúde pela sua execução, vinculando-os e habilitando-os, nessa medida, à adoção dos inerentes instrumentos de gestão, que incluem, necessariamente, o exercício do poder disciplinar em caso de incumprimento.

A Lei n.º 33/2025, ao fim de poucos anos, ao invés de avaliar e ponderar melhorias do regime instituído em 2019, preferiu, sem auscultação das autoridades técnicas ou recolha de dados, insistir numa abordagem assente em conceitos, conforme previamente demonstrado, contraproducentes ou em opções, na prática, redundantes ou inócuas para a defesa das grávidas e parturientes.

Não obstante, a Ordem dos Médicos reconhece no processo legislativo aberto na presente legislatura, uma oportunidade para uma reflexão mais alargada, que não incida apenas no juízo político sobre esta lei de 2025, mas numa visão holística sobre as políticas públicas de proteção da gravidez no nosso país, da qual, no final, resulte um avanço efetivo para saúde materna e infantil e para o bem-estar das mulheres grávidas e parturientes.

Uma alteração legislativa que possa reforçar garantias e melhorar a prestação de cuidados de saúde no parto, mas sem deixar de considerar a realidade quotidiana das mulheres portuguesas e todas as variantes que podem condicionar e determinar a sua saúde física e emocional, uma gravidez bem-sucedida e o nascimento feliz das suas filhas e filhos. Nas condições de trabalho, nos



transportes coletivos e serviços públicos, nos apoios sociais, revisitando os regimes existentes, procurando aperfeiçoamentos e novas salvaguardas.

Através da presente pronúncia, a Ordem dos Médicos, na prossecução da sua missão de contribuir para a defesa da saúde dos cidadãos e dos direitos dos doentes, visa apresentar propostas específicas que vão no sentido e propósito comum de promover os direitos das mulheres durante a gravidez e no parto, conforme refere o objeto da lei em apreço.

Em anexo, é enviada uma proposta de diploma legislativo, devidamente anotada e fundamentada, que, sem pretender simplesmente revogar o seu conteúdo, mantém disposições da lei de 2025, alargando e reforçando o seu âmbito e efetividade, designadamente com as seguintes medidas:

- Consagração legal do princípio de proteção prioritária das mulheres grávidas;
- Garantia do direito ao apoio e acompanhamento psicológico em caso de experiência negativa na gravidez e no parto;
- Reforço dos direitos de proteção e acompanhamento na legislação laboral;
- Melhoria das condições de atendimento prioritário nos serviços públicos;
- Criação do Conselho Nacional pela Proteção da Gravidez e dos Cuidados Perinatais.

Lisboa, 24 de setembro de 2025.

Bastonário da Ordem dos Médicos,

Carlos Cortes

PROPOSTA DE TEXTO DE SUBSTITUIÇÃO

Artigo 1.º

Objeto

A presente lei visa reforçar os direitos na preconcepção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério, através de medidas de informação e proteção e da criação do Conselho Nacional pela Proteção da Gravidez e dos Cuidados Perinatais.



Artigo 2.º

Proteção Prioritária

1 - As políticas públicas são desenvolvidas nas suas diferentes dimensões conferindo, sempre que o seu contexto o justifique, proteção prioritária às mulheres em situação de gravidez.

2 - O disposto no número anterior concretiza-se através da promoção das melhores condições para uma gestação e parto bem sucedidos e pela prevenção e eliminação de circunstâncias que provoquem experiências com impacto negativo, nomeadamente, situações de coação ou assédio, atitudes desrespeitosas perante a condição de especial cuidado, com impacto físico ou emocional, bem como todos os comportamentos que incumpram legislação específica, em especial, na área laboral, na utilização de serviços públicos e na prestação de cuidados de saúde.

Anotação:

É substituído o artigo 2.º da Lei n.º 33/2025 através de norma com abordagem pela positiva que vincula as políticas públicas ao cumprimento do desiderato da lei com a consagração de um princípio de proteção prioritária das mulheres em situação de gravidez aplicável no desenvolvimento de políticas públicas.

Artigo 3.º

Educação sexual e para a saúde

O Governo, através do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde, é responsável por incluir e divulgar informação sobre hábitos saudáveis e cuidados especiais a ter no acompanhamento da mulher durante a gravidez e no parto, promovendo o respeito pela sua autonomia e pela especificidade



própria da condição, adequada aos diferentes níveis de ensino, nos termos da [Lei n.º 60/2009](#), de 6 de agosto, que estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar, e fora da idade escolar através da Direção-Geral da Saúde.

Anterior artigo:

“Artigo 3.º

Educação sexual

O Governo, através do Ministério da Educação, é responsável por incluir informação sobre violência obstétrica nos conteúdos da educação sexual, promovendo o respeito pela autonomia sexual e reprodutiva e a eliminação da violência de género, de forma adequada aos diferentes níveis de ensino, nos termos da Lei n.º 60/2009, de 6 de agosto.”

Anotação:

A norma é ajustada e atualizada de modo a adequar-se ao propósito específico do diploma de proteção da gravidez.

Artigo 4.º

Formação de profissionais de saúde e da área social

As instituições de ensino superior relacionadas com a formação em saúde e políticas sociais são responsáveis por incluir conteúdos curriculares e formativos sobre direitos humanos, que assegurem o respeito pela autonomia sexual e reprodutiva e a sensibilização a favor da proteção das mulheres grávidas e de prevenção da ocorrência de experiências negativas no processo de gravidez e do parto.

Anotação

É ajustado o artigo 4.º aos objetivos do diploma, mantendo-se a incidência da norma.

Anterior redação:

“Artigo 4.º

Formação de profissionais de saúde



1 - As instituições de ensino superior relacionadas com a formação em saúde e políticas sociais são responsáveis por incluir conteúdos curriculares e formativos sobre direitos humanos, que assegurem o respeito pela autonomia sexual e reprodutiva e a sensibilização contra as práticas que configuram violência obstétrica.

2 - Na formação de profissionais de saúde, estes aspetos devem ser complementados pelo enriquecimento curricular para uma prática dissuasora de atos de violência obstétrica”

Artigo 5.º

Alteração ao regime de direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde

O artigo 15.º-E da [Lei n.º 15/2014](#), de 21 de março, passa a ter a seguinte redação:

«Artigo 15.º-E

Prestação de cuidados para a elaboração e implementação do plano de nascimento

1 - [...]

2 - [...]

3 - [...]

4 - [...]

5 - [...]

6 - [...]

7 - [...]

8 - Os desvios em relação ao plano de nascimento são obrigatoriamente registados e justificados pelos profissionais de saúde.»

Anotação:

Sem alteração. Mantém-se a redação aprovada pela Lei n.º 33/2025.

Artigo 6.º

Aditamento ao regime de direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde



É aditado à [Lei n.º 15/2014](#), de 21 de março, o artigo 18.º-A, com a seguinte redação:

«Artigo 18.º-A

Informação sobre direitos e proteção das grávidas

1 - Todos os estabelecimentos de saúde que prestam atendimento ao parto e nascimento têm obrigatoriamente de afixar cartazes com informações sobre o regime de proteção na preconceção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério.

2 - Os cartazes previstos no número anterior incluem informação relativa às entidades às quais devem ser reportadas **experiências negativas vivenciadas na gravidez e no parto.**»

Anotação:

Mantém-se a redação aprovada pela Lei n.º 33/2025, com exceção da referência a “violência obstétrica” que é substituída por “experiências negativas vivenciadas na gravidez e no parto”.

Artigo 7.º

Direito ao acompanhamento em saúde mental

As mulheres que reportem experiências negativas na gravidez ou no parto deverão receber apoio e aconselhamento nas estruturas de saúde materna, com orientação, sempre que necessário, para serviços de saúde mental no Serviço Nacional de Saúde.

Anotação:

É introduzida a garantia legal de que o SNS concede o imediato apoio e acompanhamento às grávidas e parturientes que tenham sido confrontadas com experiências negativas.



Artigo 8.º

Registo de procedimentos

Todos os atos médicos ou de enfermagem que sejam realizados durante o parto são obrigatoriamente registados com a devida justificação, em conformidade com as orientações e normas técnicas da Direção-Geral da Saúde.

Anotação:

Mantém-se a redação da Lei n.º 33/2025.

Artigo 9.º

Práticas não justificadas no parto

A realização de episiotomias de rotina e de outras práticas não justificadas nos termos do artigo 8.º, designadamente, a não adoção das melhores práticas, a realização de procedimentos de forma descuidada, a não obtenção de consentimento informado e o tratamento desrespeitoso, sem prejuízo de responsabilidades civis e criminais que daí advenham, são objeto de:

- a) Penalizações no financiamento e sanções pecuniárias a aplicar aos hospitais, sempre que desrespeitem as recomendações da Organização Mundial de Saúde e os parâmetros definidos pela Direção-Geral da Saúde;
- b) Inquérito disciplinar aos profissionais de saúde.

Anotação:

É ajustada a epígrafe do artigo e são elencados exemplos de práticas não justificadas, mantendo-se o restante do corpo do artigo previsto na Lei n.º 33/2025.

Artigo 10.º

Informação e sensibilização

1 - O Ministério da Saúde e o ministério com a tutela da igualdade de género são responsáveis por garantir os meios necessários à elaboração de um



relatório anual com dados oficiais sobre satisfação relativamente aos cuidados de saúde e no parto e cumprimento dos planos de nascimento, respetivamente previstos nos artigos 9.º-A e 15.º-E da [Lei n.º 15/2014](#), de 21 de março, e sobre o registo de procedimentos previsto no artigo 7.º

2 - O relatório previsto no número anterior e a realização de campanhas de sensibilização pela proteção das mulheres na gravidez ficam a cargo do Conselho Nacional pela Proteção da Gravidez e Cuidados Perinatais.

Anotação:

Mantém-se o essencial do artigo 9.º previsto na Lei n.º 33/2025, ajustando o nome do Conselho.

Artigo 11.º

Alteração ao Código do Trabalho

Os artigos 41.º, 46.º, 46.º-A, 48.º, 58.º da Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro, passam a ter a seguinte redação:

Artigo 41.º

[...]

1 – [...].

2 – É obrigatório o gozo, por parte da mãe, de 42 dias consecutivos de licença parental a seguir ao parto e **também, quando existir indicação médica que permita prever a respetiva data, 3 dias antes do parto.**

3 – [...].

Anotação:

A estabilidade emocional e física da grávida do período que antecede o parto pode ser decisivo para que este seja bem-sucedido. A alteração proposta pretende inibir as situações em que as trabalhadoras se encontram a trabalhar, sujeitas a todo o tipo de vicissitudes, até entrarem em trabalho de parto.

Atual redação:



Artigo 41.º

Períodos de licença parental exclusiva da mãe

- 1 - A mãe pode gozar até 30 dias da licença parental inicial antes do parto.
- 2 - É obrigatório o gozo, por parte da mãe, de 42 dias consecutivos de licença a seguir ao parto.
- 3 - A trabalhadora que pretenda gozar parte da licença antes do parto deve informar desse propósito o empregador e apresentar atestado médico que indique a data previsível do parto, prestando essa informação com a antecedência de 10 dias ou, em caso de urgência comprovada pelo médico, logo que possível.
- 4 - Constitui contra-ordenação muito grave a violação do disposto nos n.os 1 ou 2.

Artigo 46.º

[...]

- 1 - [...].
- 2 - **Revogar.**
- 3 - [...].
- 4 - [...].
- 5 - **O pai tem direito a dispensa do trabalho para acompanhar a grávida às consultas pré-natais, aplicando-se também a este o n.º 3 do presente artigo.**
- 6 - [...].

Anotação:

A pressão para a marcação de consultas fora do horário do trabalho pode constituir fator de stress e pressão e mesmo implicar adiamentos indesejados do acompanhamento médico da gravidez com a regularidade clinicamente recomendável. Mantém-se a faculdade de exigência de prova pelo empregador. O acompanhamento do pai não deve estar sujeito a limite de consultas na medida em que representa um apoio emocional e uma co-responsabilização desejável pelo acompanhamento da gravidez, especialmente nos casos de risco.

Atual redação:

Artigo 46.º

Dispensa para consulta pré-natal

- 1 - A trabalhadora grávida tem direito a dispensa do trabalho para consultas pré-natais, pelo tempo e número de vezes necessários.
- 2 - A trabalhadora deve, sempre que possível, comparecer a consulta pré-natal fora do horário de trabalho.



3 - Sempre que a consulta pré-natal só seja possível durante o horário de trabalho, o empregador pode exigir à trabalhadora a apresentação de prova desta circunstância e da realização da consulta ou declaração dos mesmos factos.

4 - Para efeito dos números anteriores, a preparação para o parto é equiparada a consulta pré-natal.

5 - O pai tem direito a três dispensas do trabalho para acompanhar a grávida às consultas pré-natais.

6 - Constitui contra-ordenação grave a violação do disposto neste artigo.

Artigo 46.º -A

[...]

1 - O trabalhador **tem direito a dispensa do trabalho** para consultas no âmbito dos tratamentos de procriação medicamente assistida (PMA).

2 - [...].

3 - [...].

Anotação:

O acompanhamento do pai não deve estar sujeito a limite de consultas na medida em que representa um apoio emocional e uma co-responsabilização desejável pelo acompanhamento da gravidez, especialmente nos casos de risco.

Atual redação:

Artigo 46.º-A

Dispensa para consulta de procriação medicamente assistida

1 - O trabalhador tem direito a três dispensas do trabalho para consultas no âmbito de cada ciclo de tratamentos de procriação medicamente assistida (PMA).

2 - O empregador pode exigir ao trabalhador a apresentação de prova desta circunstância e da realização da consulta ou declaração dos mesmos factos.

3 - Constitui contraordenação grave a violação do disposto neste artigo.

Artigo 48.º

[...]

1 – Para efeito de dispensa para amamentação, a trabalhadora comunica ao empregador, com a antecedência de 10 dias relativamente ao início



da dispensa, que amamenta o filho, **devendo apresentar declaração sob compromisso de honra, confirmando que a amamentação se mantém, se a dispensa se prolongar para além do segundo ano de vida do filho.**

2 – [...].

Anotação:

É proposto um modelo que aponta para uma abordagem simplificadora, mais equitativa, ética, inclusiva e igualitária, no período puerpério.

Atual redação:

Artigo 48.º

Procedimento de dispensa para amamentação ou aleitação

1 - Para efeito de dispensa para amamentação, a trabalhadora comunica ao empregador, com a antecedência de 10 dias relativamente ao início da dispensa, que amamenta o filho, devendo apresentar atestado médico se a dispensa se prolongar para além do primeiro ano de vida do filho.

2 - Para efeito de dispensa para aleitação, o progenitor:

- a) Comunica ao empregador que aleita o filho, com a antecedência de 10 dias relativamente ao início da dispensa;
- b) Apresenta documento de que conste a decisão conjunta;
- c) Declara qual o período de dispensa gozado pelo outro progenitor, sendo caso disso;
- d) Prova que o outro progenitor exerce actividade profissional e, caso seja trabalhador por conta de outrem, que informou o respectivo empregador da decisão conjunta.

Artigo 58.º

[...]

1 – A trabalhadora grávida e puérpera ou lactante **não pode** prestar trabalho em horário de trabalho organizado de acordo com regime de adaptabilidade, de banco de horas ou de horário concentrado.

2 – [...].

3 – [...].



Artigo 59.º

[...]

1 - A trabalhadora grávida, bem como o trabalhador ou trabalhadora com filho de idade inferior a 12 meses, **não pode** prestar trabalho suplementar.

2 - A trabalhadora **não pode** prestar trabalho suplementar durante todo o tempo que durar a amamentação se for necessário para a sua saúde ou para a da criança.

3 - [...].

Artigo 60.º

[...]

1 - A trabalhadora **não pode** prestar trabalho entre as 20 horas de um dia e as 7 horas do dia seguinte:

a) Durante um período de 112 dias antes e depois do parto, dos quais pelo menos metade antes da data previsível do mesmo;

b) Durante o restante período de gravidez, se for necessário para a sua saúde ou para a do nascituro;

c) Durante todo o tempo que durar a amamentação, se for necessário para a sua saúde ou para a da criança.

2 - [...]

3 - [...].

4 - A trabalhadora deve informar o empregador e apresentar atestado médico, com a antecedência de 10 dias.

5 - Em situação de urgência comprovada pelo médico, a informação referida no número anterior pode ser feita independentemente do prazo.

6 - [revogar].

7 - Constitui contra-ordenação grave a violação do disposto nos n.os 1, 2 ou 3.



Anotação:

Pretende-se que o direito atribuído às grávidas nas normas em apreço, e como tal exercido potestativamente, se torne um dever do empregador, libertando as grávidas do ónus e pressão subjacente.

Artigo 12.º

Alteração ao regime de atendimento prioritário

O artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 58/2016, de 29 de agosto, passa a ter a seguinte redação:

“Artigo 4.º

Conflito de direitos de atendimento prioritário

- 1 - Em caso de conflito de direitos de atendimento preferencial ou prioritário, o atendimento faz-se por ordem de chegada de cada titular do direito de atendimento preferencial ou prioritário.
- 2 - Durante o eventual tempo de espera decorrente da aplicação do número anterior devem ser salvaguardadas as condições de conforto e segurança inerentes à condição especial do utente.”

Anotação:

Pretende-se criar na organização dos serviços públicos a responsabilização para a salvaguarda de espaços que permitam proteger a grávida em caso de tempos de espera em que a prioridade de atendimento não se efetive imediatamente por força da circunstância de se encontrarem outros atendimentos prioritários em causa.

Artigo 13.º

Conselho Nacional pela Proteção da Gravidez e dos Cuidados Perinatais



A presente lei cria o Conselho Nacional pela Proteção da Gravidez e dos Cuidados Perinatais, adiante designado Conselho, com as seguintes incumbências:

- a) Promover campanhas de informação sobre os direitos na preconcepção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério;
- b) Promover campanhas de informação e sensibilização pelo respeito dos direitos no parto e pela sua humanização, de modo a pôr fim a atitudes e a práticas que configurem experiências negativas no parto;
- c) Elaborar recomendações e propor intervenções concretas e imediatas aos serviços, à Direção Executiva do SNS e ao Ministério da Saúde, tendo em vista a melhoria de indicadores de saúde no contexto da gravidez e pós-parto;
- d) Elaborar um relatório anual com dados oficiais sobre satisfação relativamente aos cuidados de saúde e no parto e cumprimento dos planos de nascimento, respetivamente previstos nos artigos 9.º-A e 15.º-E, conforme alteração promovida pela Lei n.º 110/2019, de 09 de setembro, e sobre o registo de procedimentos em conformidade com as orientações e normas técnicas da Direção-Geral da Saúde;
- e) Apreciar os relatórios realizados pela IGAS, monitorizando os seus resultados quando comprovadas situações de experiências negativas vivenciadas no parto.

Anotação:

Reformula-se, com uma nova designação mais ajustada do ponto de vista técnico, a entidade prevista na Lei n.º 33/2025, conferindo as incumbências adicionais de elaboração de recomendações, de propor intervenções à Direção Executiva do SNS e ao Ministério da Saúde e de apreciação dos relatórios realizados pela IGAS, monitorizando os seus resultados quando comprovadas as situações de experiências negativas vivenciadas no parto.

Artigo 14.º

Composição do Conselho



O Conselho Nacional pela Proteção da Gravidez e dos Cuidados Perinatais é composto por:

- a) Um presidente designado pelo Conselho de Ministros, sob proposta dos membros do Governo responsáveis pela área da saúde, segurança social e pela área da igualdade;
- b) Quatro representantes dos utentes, eleitos pela Assembleia da República, por maioria absoluta dos deputados em efetividade de funções;
- c) Dois representantes das associações de defesa dos direitos na gravidez e no parto;
- c) Dois membros nomeados pela Direção-Geral da Saúde, incluindo profissionais da saúde materno-infantil e da ginecologia/obstetrícia;
- d) Dois peritos indicados pela Ordem dos Médicos e pela Ordem dos Enfermeiros.

Anotação:

É alargada a composição antes prevista pela Comissão criada pela Lei n.º 33/2025, incluindo dois representantes das associações de defesa de direitos na gravidez e no parto e dois peritos indicados pela Ordem dos Médicos e pela Ordem dos Enfermeiros.

Artigo 15.º

Recursos e funcionamento do Conselho

O Conselho Nacional pela Proteção da Gravidez e dos Cuidados Perinatais funciona junto do Ministério da Saúde e do ministério com a tutela da igualdade, que devem garantir os meios necessários ao seu funcionamento.

Anotação:

Mantém-se o previsto na Lei n.º 33/2025 quanto à comissão nela prevista.



Artigo 16.º

Estudo de Diagnóstico

A Direção-Geral da Saúde, a Inspeção-Geral das Atividades em Saúde e a Entidade Reguladora da Saúde, com a colaboração das ordens profissionais e das associações de defesa dos direitos na gravidez e no parto, realizam estudo de diagnóstico, incluindo propostas de recomendação, que permita uma avaliação rigorosa da situação atual dos cuidados de saúde na gravidez e no parto, a apresentar ao Conselho e à Assembleia da República até ao final do primeiro trimestre de 2026.

Anotação:

Pretende-se que os serviços do Estado, com competências de regulação e inspetivas na área da Saúde, com a colaboração das ordens profissionais e das associações de defesa dos direitos na gravidez e no parto, elaborem um estudo que habilite um diagnóstico mais preciso e rigoroso da situação atual e inerente tomada de medidas e respetivo acompanhamento pelo Conselho que se pretende criar.

Artigo 17.º

Regulamentação

O Governo procede à regulamentação da presente lei no prazo de 60 dias.

Anotação:

Mantém-se o previsto na Lei n.º 33/2025.

Artigo 18.º

Entrada em vigor

- 1- A presente lei entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação e produz efeitos com a entrada em vigor do Orçamento do Estado subsequente à sua publicação.
- 2- É revogada a Lei n.º 33/2025, de 31 de março.