

*Ex.mo Sr. Presidente
da Comissão Parlamentar de Saúde
Dr. Filipe Neto Brandão,*

CC

*Ex.mo Sr. Presidente do Grupo Parlamentar do PSD,
Ex.mo Sr. Presidente do Grupo Parlamentar do CH,
Ex.mo Sr. Presidente do Grupo Parlamentar do PS,
Ex.ma Sr.ª Presidente do Grupo Parlamentar da IL,
Ex.ma Sr.ª Presidente do Grupo Parlamentar do L,
Ex.ma Sr.ª Presidente do Grupo Parlamentar do PCP,
Ex.mo Sr. Presidente do Grupo Parlamentar do CDS-PP,
Ex.ma Sr.ª Deputada Única do BE,
Ex.ma Sr.ª Deputada Única do PAN,
Ex.mo Sr. Deputado Único do JPP
Ex.ma Sr.ª Coordenadora do Grupo de Trabalho – Saúde Sexual e Reprodutiva,*

Lisboa, 13 de julho de 2026

1

Excelência,

*A **Associação Portuguesa de Mulheres Juristas** foi convidada para explicitar o seu entendimento sobre Projetos de Lei n.ºs 28/XVII/ 1ª (CDS-PP) e 106/XVII/ 1ª (L), aquando da sua audição pelo Grupo de Trabalho dessa Comissão Parlamentar sobre Saúde Sexual e Reprodutiva.*

Nessa conformidade, reitera todo já anteriormente expresso nos Pareceres apresentados a 10.07.2025 e a 18.11.2025, manifestando de forma expressa e inequívoca a sua total oposição e o seu mais profundo repúdio ao Projeto de Lei n.º 28/XVII (CDS-PP), por este prescrever a revogação integral da Lei n.º 33/2025, de 31 de março.

*A **Associação Portuguesa de Mulheres Juristas** considera que o Projeto de Lei n.º 28/XVII (CDS-PP) representa um grave retrocesso*

R. Manuel Marques, n.º 21-F - 1750-170 LISBOA

Telf. 211994816/968793580

www.apmj.pt - apmjsede@apmj.pt

civilizacional na defesa dos Direitos Humanos das Mulheres e na proteção da sua saúde sexual e reprodutiva, em virtude de se mostrar contrário aos princípios basilares da Convenção de Istambul e da Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW) e da Convenção de Istambul, designadamente aos normativos que impõem a adoção de medidas para combater todas as formas de Violência contra as Mulheres.

A eliminação ou o esvaziamento normativo da disciplina legal da Violência Obstétrica, preconizado por esse diploma, é inadmissível e ilegal face às responsabilidades internacionalmente assumidas por Portugal e, como indicado no Parecer apresentado a essa Comissão Parlamentar a 18.11.2025, “consubstanciar-se-ia no envio de uma mensagem política de desvalorização das experiências traumáticas de inúmeras Mulheres, o que, em última análise, constituiria uma forma de violação os princípios constitucionais da dignidade humana e da integridade pessoal”.

2

Os subscritores desse Projeto-Lei parecem olvidar, ou mesmo até, quiçá, desconhecer, que um vazio legal não apaga nem obnubila a realidade fáctica.

*A **Associação Portuguesa de Mulheres Juristas** reafirma o já expendido, no referido Parecer, a saber “a ausência de um quadro legal sobre esta matéria implica não apenas a negação da sua existência, como sobretudo deixa desprotegidas as vítimas, forçando-as a recorrer a instrumentos jurídicos por vezes ineficazes para a reparação dos danos por ela causados”.*

*A **Associação Portuguesa de Mulheres Juristas** considera que as críticas ao reconhecimento do conceito “violência obstétrica” radicam quer num corporativismo médico censurável, de raiz patriarcal, quer num profundo desconhecimento hermenêutico, pois que o termo “obstétrica” qualifica estritamente o contexto (obstétrico e ginecológico) no qual a violência ocorre, e não a qualificação profissional de quem a pratica.*

A demonstrá-lo está o facto de poder ser agente de condutas de violência obstétrica, e dos crimes que se enquadrem no seu contexto, qualquer pessoa que preste cuidados no contexto de saúde sexual e reprodutiva feminina, seja esta praticada por profissionais de saúde no exercício de competências próprias ou demais acompanhantes na prestação de cuidados informais.

*A **Associação Portuguesa de Mulheres Juristas** defende, assim, que o caminho que se impõe é o do aperfeiçoamento e da densificação técnica do diploma preexistente, motivo pelo qual o acompanha, na sua generalidade, o espírito do Projeto de Lei n.º 106/XVII (L).*

*A **Associação Portuguesa de Mulheres Juristas** entende que este se mostra dotado de plena aplicação prática e idoneidade operacional, não obstante carecer de acertos técnicos importantes, nomeadamente os que expurquem expressões ambíguas que possam comprometer a segurança jurídica e a harmonia interpretativa do texto.*

*Assim, e no tocante ao seu artigo 2º, entende a **Associação Portuguesa de Mulheres Juristas** que a definição legal dele constante carece de densificação e clareza, na medida em que limita o fenómeno a "ações físicas e verbais", focando-se quase em exclusivo num ato praticado por profissionais de saúde, ignorando não só que esta pode ser praticada por qualquer pessoa, independentemente da qualidade em que presta os cuidados, como com o facto de esta forma de violência revestir uma natureza estrutural e institucional.*

Na verdade, quer a excessiva medicalização de gravidezes e partos de grávidas de baixo risco, ignorando a fisiologia da saúde sexual e reprodutiva humana quanto o modelo organizacional das instituições de saúde, descentrado da pessoa grávida e do seu protagonismo na gravidez e no parto, demonstra que as referidas instituições estão concebidas e estruturadas para perpetuar esta dinâmica de cariz patriarcal.

Estes fatores, somando-se à falta de uma verdadeira cultura de consentimento informado, têm como consequência uma violação rotineira da dignidade humana das mulheres nos seus processos sexuais e reprodutivos, nomeadamente durante a gravidez, parto e puerpério.

*Por estas razões, o conceito funcional e alargado de violência obstétrica defendido pela **Associação Portuguesa de Mulheres Juristas** estende-se também às omissões e práticas organizacionais que anulam a individualização dos cuidados e a aplicação real do consentimento informado, como sejam:*

- Protocolos hospitalares fechados e transversais que impõem de forma compulsória e massificada procedimentos desnecessários na admissão de grávidas de risco habitual, v.g., colocação sistemática de acessos venosos, toques vaginais por rotina, confinamento à cama com restrição de movimentos ou administração de ocitocina sintética/pitocina sem indicação clínica clara, ou até sem o consentimento prévio;*
- A utilização generalizada de “formulários gerais de consentimento informado” genéricos, impressos e padronizados assinados na admissão administrativa para os partos, os quais constituem uma verdadeira antítese ao princípio da autonomia, configurando, com frequência, situações de coação institucional, e violando toda a legislação em matéria de consentimento informado;*
- A não emissão pela Direcção-Geral da Saúde (DGS) de Normas de Orientação Clínica (NOCs) para uma experiência de parto positiva, atualizadas segundo a evidência científica ou respeitando as Recomendações da OMS;*
- Omissões estatais graves na organização do Serviço Nacional de Saúde, tais como o encerramento reiterado de maternidades, a indisponibilidade ou negação de analgesia epidural e de métodos não farmacológicos de alívio da dor, ou a total negação de autonomia de escolha, por via da*

inexistência em Portugal de casas de parto ou de centros de parto normal regulamentados.

Mais se aduz que, no entender da **Associação Portuguesa de Mulheres Juristas** a esfera de proteção da norma deve abranger todas as dimensões do percurso reprodutivo feminino, tanto na consulta e acompanhamento ginecológico, como na preconceção, na gravidez, no parto, no puerpério, na procriação medicamente assistida, na interrupção voluntária da gravidez e na interrupção médica da gravidez.

Em consonância com o exposto, a **Associação Portuguesa de Mulheres Juristas** propõe a seguinte redação para o artigo 2.º:

“1 – É violência obstétrica a conduta que, no âmbito da gravidez, parto, puerpério, procriação medicamente assistida e interrupção voluntária ou médica da gravidez, consubstancie a perda de autonomia ou de limitação da capacidade de decidir livremente sobre o seu corpo, sexualidade e percurso reprodutivo ou ainda que desrespeite o regime de proteção na preconceção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério previsto na secção II do capítulo III da Lei n.º 15/2014, de 21 de março.”

2. Podem ser vítimas diretas de violência obstétrica todas as pessoas que recebem cuidados ginecológicos e obstétricos, designadamente as/os neonatos.”

Do mesmo passo, a **Associação Portuguesa de Mulheres Juristas** considera que a redação proposta para o artigo 8º mantém as lacunas do diploma vigente ao insistir na tipificação casuística de "episiotomias de rotina".

Pois que a dicotomia entre episiotomias "de rotina" por contraponto às ditas "seletivas" assenta num viés interpretativo face à melhor evidência científica atual, que demonstra consistentemente que mesmo a dita abordagem seletiva acarreta maiores riscos, tanto na integridade perineal da grávida, como nos perinatais, com zero benefícios para a pessoa grávida como para o neonato, quando comparada com protocolos de não-realização.

Daí que, a própria Organização Mundial de Saúde tenha abandonado a recomendação de a taxa de episiotomia não ultrapassar os 10%, passando em 2018 a não recomendar nenhuma taxa, por não haver evidência de uma taxa aceitável ⁽¹⁾.

*Ademais, tentar abolir ou restringir uma prática exclusivamente por via de uma norma, gera sabida oposição por parte da classe médica, e introduz conceitos jurídicos indeterminados que causam preocupações relevantes tanto na *leges artis* como a nível procedimental e jurisdicional. Como se avaliaria, por exemplo, o que considerar "rotina" num caso concreto?*

Na verdade, a ilicitude do ato não surge da sua frequência ou reiteração, mas sim da preterição da autonomia e da integridade da paciente.

Sugere-se, por conseguinte, a substituição da especificação de atos clínicos por uma cláusula geral sancionatória, propondo-se a seguinte redação para o referido artigo 8º.

“São sancionadas, nos termos gerais da responsabilidade civil, criminal e disciplinar, todas as ações ou omissões que, no âmbito da prestação de cuidados de saúde sexual e reprodutiva, obstétrica ou ginecológica, colidam com o direito ao consentimento informado ou violem, direta ou indiretamente, a integridade pessoal e a capacidade de autodeterminação da utente.”

Importa, também, rebater com absoluto rigor técnico o argumento de que a consagração e densificação deste diploma desprotege os profissionais de saúde face às diretrizes da Direção-Geral da Saúde (DGS), pelo contrário, é inequívoco que a DGS tem permanecido aquém do seu dever regulatório, mantendo em vigor Normas de Orientação Clínica (NOCs) desatualizadas e desalinhadas com as evidências científicas e com as Recomendações da OMS para uma experiência de parto positiva. Quando um profissional de saúde executa uma norma técnica ou

¹ WHO, *Intrapartum Care for a Positive Birth Experience*, 2018.

cumpre um protocolo rigidamente imposto pela instituição, a responsabilidade individual esbate-se e transmite-se para a esfera da instituição e até do Estado.

O ordenamento jurídico vigente permite e impõe que, perante a ocorrência de danos decorrentes de diretrizes estatais obsoletas ou de falhas organizacionais sistémicas (como a falta de opções de locais de parto), sejam intentadas ações de responsabilidade civil extracontratual contra o Estado e demais pessoas coletivas de direito público, desonerando o profissional que atuou adstrito à orientação oficial.

A lei deve, por isso, impor um repto imperativo à DGS para a atualização compulsória e periódica das suas NOCs à luz da Medicina Baseada na Evidência e, sobretudo, do consentimento informado.

A estabilização jurídica da atividade médica e a mitigação do risco da prática de formas de “medicina defensiva” não se compadecem com o paternalismo clínico. O consentimento informado não constitui um mero ato formal ou burocrático, antes se assume como um processo dialógico contínuo de esclarecimento, prestação de informação científica atualizada e apresentação de

7

riscos, benefícios e alternativas face a cada intervenção.

Ao cumprir esta clara obrigação legal, tal como previsto na lei ⁽²⁾, e ao salvaguardar o direito à recusa informada, o profissional de saúde transfere a responsabilidade da decisão para a utente, respaldando legalmente a sua atuação com base na autodeterminação daquela. Cria-se uma autêntica relação mutuamente benéfica, blindando a intervenção clínica face a eventuais litígios judiciais, excetuando as situações de manifesto erro grosseiro ou negligência técnica. Tampouco a capacidade de consentir da pessoa grávida se

² O consentimento informado encontra-se plasmado em diversos diplomas legais, designadamente no artigo n.º 15.º - A, n.º 1, al. a) da Lei n.º 15/2014 de 21 de março; nos artigos 38.º, 149.º, 150.º, 156.º e 157.º do Código Penal; no art. 5.º da Convenção para a Protecção dos Direitos Humanos e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina; no artigo 3.º, n.º 2 a) da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia; e no art. 6.º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.

encontra limitada no momento do parto. Quaisquer situações excecionais estão, de resto, já previstas na lei³.

*Para balizar esta matéria, entende a **Associação Portuguesa de Mulheres Juristas** que devem acolher-se as consagradas diretrizes internacionais do American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), vertidas no seu Committee Opinion n.º 664, cujos eixos fundamentais se subscrevem e se considera que devem ser adotados como padrão interpretativo:*

- 1. A gravidez não derroga nem suspende os direitos fundamentais à liberdade e integridade da paciente. A grávida dotada de capacidade de discernimento detém o direito soberano de recusar qualquer tratamento ou intervenção médica ou cirúrgica recomendada, devendo a sua escolha ser escrupulosamente acatada pelo corpo clínico.*
- 2. É deontológica e eticamente intolerável o recurso a manobras de manipulação, coação ou ameaças — incluindo a coação psicológica assente no argumento do "bebé morto" ou ameaças de recurso às instâncias judiciais e denúncia aos serviços de proteção de menores — para forçar uma decisão clínica. O imperativo de consciência do/a médico/a nunca pode legitimar a imposição de um ato forçado.*
- 3. A ACOG repudia o recurso às instâncias judiciais para compelir grávidas à submissão de intervenções cirúrgicas ou médicas involuntárias.*
- 4. Em caso de recusa, o obstetra deve certificar-se da compreensão dos riscos por parte da utente, devendo assegurar-lhe de forma inequívoca que a sua vontade será respeitada e que as instituições disponibilizarão todos os recursos de assistência, acompanhamento e aconselhamento psicológico posteriores, sem qualquer espécie de sanção ou discriminação pela escolha tomada.*

³ As exceções ao consentimento informado encontram-se previstas nos artigos 39.º, 156.º, n.º 2 e 157.º do Código Penal.

*A **Associação Portuguesa de Mulheres Juristas** manifesta, ainda, sérias reservas quanto à exequibilidade do artigo 12.º do Projeto de Lei em análise, em virtude de subsistirem dúvidas fundadas sobre a arquitetura orgânica e operacionalidade, da Comissão a que se reporta.*

*Para que este órgão seja eficaz, a **Associação Portuguesa de Mulheres Juristas** entende que a lei o deve dotar de poderes estritos de monitorização e partilha uniformizada de dados, obrigando as instituições hospitalares, tanto do setor público como do setor privado, a reportar de forma transparente e desagregada os indicadores reais da assistência perinatal, em cumprimento da Portaria n.º 310/2016 de 12 de dezembro.*

*A **Associação Portuguesa de Mulheres Juristas** considera, ainda, que com vista à plena aplicação do diploma, este deveria consagrar a obrigatoriedade de uma formação basilar transversal sobre o consentimento informado e direitos sexuais e reprodutivos, direcionada não apenas aos profissionais de saúde, mas estendida a todos as/os profissionais do foro, sejam da Magistratura Judicial, do Ministério Público ou da Advocacia, por forma a garantir que todos/as estejam devidamente habilitados/as a tutelar as relações jurídicas atinentes a prática e Violência Obstétrica.*

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da Direção da A.P.M.J.

Maria Teresa Féria de Almeida