

Universidades Lusíada

Almeida, Maria Oliveira de, 1997-

Violência obstétrica : nulla poena sine lege?

<http://hdl.handle.net/11067/7163>

Metadados

Data de Publicação

2022

Resumo

Ora, quer se use o termo violência obstétrica quer a expressão escolhida seja outra, como “desrespeito e abuso durante o parto”, a realidade permanece. Os maus-tratos durante o parto existem, são reais, atuais e atingem um elevado número de mulheres, colocando em risco a sua saúde física e emocional, bem como a vinculação ao recém-nascido e, conseqüentemente, a saúde deste. As conseqüências da violência obstétrica são continuadas e por vezes insupríveis, para a mulher e a sua família. Urge a n...

Now, if you want to use the term obstetric violence, you would want the chosen expression to be different like “Disrespectful and abuse during labor” where it exists in reality. Mistreatments during labor happen! They are real! They happen in the day to day basis, and are happening to an elevated number of women, putting them at risk, physically and emotionally, which affect the binding with the new-born, and consequently the health. The consequences of obstetric violence are continuous and oft...

Palavras Chave

Violência obstétrica, Violência obstétrica - Direito e legislação - Portugal, Violência obstétrica - Direito e legislação - Portugal - Disposições penais, Mulheres grávidas - Violência contra - Portugal, Mulheres grávidas - Estatuto legal, leis, etc. - Portugal

Tipo

masterThesis

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-FD] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-29T19:03:02Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA

FACULDADE DE DIREITO

Mestrado em Direito

**Violência obstétrica:
*nulla poena sine lege?***

Realizado por:
Maria Oliveira de Almeida

Orientado por:
Prof.^a Doutora Ana Bárbara Pina de Morais de Sousa e Brito

Constituição do Júri:

Presidente: Prof. Doutor José Alberto Rodríguez Lorenzo González
Orientadora: Prof.^a Doutora Ana Bárbara Pina de Morais de Sousa e Brito
Arguente: Prof. Doutor André Gonçalo Dias Pereira

Dissertação aprovada em: 19 de setembro de 2023

Lisboa

2022



UNIVERSIDADE LUSÍADA

FACULDADE DE DIREITO

Mestrado em Direito

Violência obstétrica:
nulla poena sine lege?

Maria Oliveira de Almeida

Lisboa

Agosto 2022



UNIVERSIDADE LUSÍADA

FACULDADE DE DIREITO

Mestrado em Direito

Violência obstétrica:
nulla poena sine lege?

Maria Oliveira de Almeida

Lisboa

Agosto 2022

Maria Oliveira de Almeida

Violência obstétrica:
nulla poena sine lege?

Dissertação apresentada à Faculdade de Direito da
Universidade Lusíada para a obtenção do grau de
Mestre em Direito.

Área científica: Ciências Jurídico-Criminais

Orientadora: Prof.^a Doutora Ana Bárbara Pina de
Morais de Sousa e Brito

Lisboa

Agosto 2022

FICHA TÉCNICA

Autora Maria Oliveira de Almeida
Orientadora Prof.^a Doutora Ana Bárbara Pina de Morais de Sousa e Brito
Título Violência obstétrica: *nulla poena sine lege?*
Local Lisboa
Ano 2022

MEDIATECA DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

ALMEIDA, Maria Oliveira de, 1997-

Violência obstétrica : *nulla poena sine lege?* / Maria Oliveira de Almeida ; orientado por Ana Bárbara Pina de Morais de Sousa e Brito. - Lisboa : [s.n.], 2022. - Dissertação de Mestrado em Direito, Faculdade de Direito da Universidade Lusíada.

I - BRITO, Ana Bárbara Pina de Morais de Sousa e, 1970-

LCSH

1. Violência obstétrica
2. Violência obstétrica - Direito e legislação - Portugal
3. Violência obstétrica - Direito e legislação - Portugal - Disposições penais
4. Mulheres grávidas - Violência contra - Portugal
5. Mulheres grávidas - Estatuto legal, leis, etc. - Portugal
6. Universidade Lusíada. Faculdade de Direito - Teses
7. Teses - Portugal - Lisboa

1. Obstetric violence

2. Obstetric violence - Law and legislation - Portugal
3. Obstetric violence - Law and legislation - Portugal - Criminal provisions
4. Pregnant women - Violence against - Portugal
5. Pregnant women - Legal Status, Laws, etc. - Portugal
6. Universidade Lusíada. Faculdade de Direito - Dissertations
7. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. KKQ3098.5.A93 2022

Nunc gravida dignissim mollis. Maecenas porttitor nisi non sem tincidunt feugiat. Vestibulum et tellus lacus. Integer egestas risus massa, et ullamcorper massa. Aliquam ornare faucibus ultrices. Vivamus dictum arcu ultrices nisl rhoncus id rutrum nulla volutpat.

AGRADECIMENTOS

O meu profundo e sentido agradecimento a todas as pessoas que contribuíram para a concretização desta dissertação, estimulando-me intelectual e emocionalmente.

Aos meus pais, pelo amor incondicional.

Ao Pedro, pela compreensão e pelo amor presentes todos os dias. Por partilhar todos os meus sonhos e sempre acreditar em mim.

A todas as mulheres que confiaram em mim as suas histórias.

A todas as mulheres.

Estamos juntas, sempre.

“Mandaram-me estar calada e pediram que não gritasse”

“Correu tudo mal e ninguém me ouviu. Fui completamente ignorada. Fizeram tudo sem o meu consentimento”

“Fui desrespeitada, amarrada e privada de alimentos durante 14 horas.”

“Fui depois cozida por uma estagiária que o estava a fazer pela primeira vez e ouvi comentários como “que períneo estranho”, “Isto não tem ponta por onde se lhe pegue, ela está desfeita”

“Foi o momento mais horrível da minha vida e que contribuiu para uma depressão pós-parto e anos de terapia. “

“[...] então pediram-me para me por de quatro em cima da maca. e a médica mais uma vez foi inconveniente e respondeu vamos lá ver se a cama aguenta (porque eu sou gorda). Depois de tudo o que sofri durante mais de 48 hrs ainda ouvir isso.... Foi horrível... eu simplesmente engoli em seco... mas minha vontade era chorar.”

“Eu gritei e implorei para não me cortarem e a resposta da médica presente foi “não és tu que tens de querer, é o bebé que quer“ assim cortaram-me sem anestesia, logo após tentaram Kristeller”

“Prefiro morrer a voltar a passar pelo mesmo”

APRESENTAÇÃO

Violência obstétrica ***nulla poena sine lege***

Maria Oliveira de Almeida

Ora, quer se use o termo violência obstétrica quer a expressão escolhida seja outra, como “desrespeito e abuso durante o parto”, a realidade permanece. Os maus-tratos durante o parto existem, são reais, atuais e atingem um elevado número de mulheres, colocando em risco a sua saúde física e emocional, bem como a vinculação ao recém-nascido e, conseqüentemente, a saúde deste. As conseqüências da violência obstétrica são continuadas e por vezes insupríveis, para a mulher e a sua família. Urge a necessidade de compreender este fenómeno para poder desenvolver uma abordagem preventiva e curativa, que vise a sua eliminação e a eliminação das conseqüências que implica. Tendo em consideração a particular sensibilidade e importância do momento do parto e pós parto , a compreensão e prevenção da violência obstétrica ou do desrespeito e abuso durante o parto assumem particular relevância e prontidão.

Esta dissertação irá debruçar-se sobre todas as formas de violência obstétrica existentes que milhões de mulheres sofrem diariamente e que, atualmente, é um forma de violência que se encontra esquecida à luz do Código Penal Português.

Para tal, irei começar por esclarecer o conceito de violência obstétrica e quais as formas que esta assume.

Existem vários, senão muitos, procedimentos clínicos ou tratamentos que estão previstos em protocolos e que, não raras vezes, não têm evidência científica que os sustente. Não passando de formas gratuitas de violência contra as mulheres.

Não obstante, quando as mulheres se informam sobre tal situação e tomam uma posição sobre a mesma, recusando-a, é comum aos médicos agirem de forma deontologicamente reprovável e inaceitável.

Durante esta exposição irei esclarecer os direitos existentes no parto, direitos esses que têm como titular a mulher e que estão previstos na Lei n.º 110/2019, de 9 de setembro, bem como a legislação sobre esta matéria em Direito comparado.

A saúde é um tema sensível, a gravidez e o parto devem ser vividos em tranquilidade e serenidade tanto quanto possível e cabe ao Direito, dentro dos seus limites de atuação, garantir que tal decorra dessa forma.

Como elemento de investigação realizei um questionário online onde participaram 275 mulheres e contaram as suas histórias, analisado através do método de investigação quantitativo, foi possível perceber toda a realidade envolvente da perspectiva das potenciais vítimas.

Como conclusão desta dissertação irei apresentar a minha opinião pessoal sobre o que foi estudado bem como o corolário do mesmo.

Palavras-chave: consentimento informado; direito de recusa; direito e saúde; obstetrícia; más práticas nos cuidados de saúde; integridade física; gravidez; Direitos das mulheres; Direito das parturientes; Violência obstetrícia.

PRESENTATION

Violência obstétrica ***nulla poena sine lege***

Maria Oliveira de Almeida

Now, if you want to use the term obstetric violence, you would want the chosen expression to be different like “Disrespectful and abuse during labor” where it exists in reality.

Mistreatments during labor happen! They are real! They happen in the day to day basis, and are happening to an elevated number of women, putting them at risk, physically and emotionally, which affect the bonding with the new-born, and consequently the health. The consequences of obstetric violence are continuous and often insurmountable for the woman, and her family. Please urge this necessity and understand this phenomenon so that we can evolve a preventive and curative approach aimed at the elimination of the consequences of the cause.

Having in particular consideration, of the sensitivity and the importance of the moment of labor and the after – labor. The comprehension of the prevention of obstetric violence or the disrespect or abuse during the pregnancy are of particular relevance and readiness.

This dissertation will overlap all the forms of obstetric violence that millions of women suffer daily. It is a form of violence which seems to be ignored by the Portuguese penalty system, for which I will start off by clarifying the concept of obstetric violence, and what forms have what impacts.

Various forms of this violence exist. Clinic treatments are foreseen to not have enough scientific evidence to support them. Nothing more than gratuitous forms of violence against women. However, when women are informed about such a situation, and they

put themselves lower than others. It's common for doctors to act deontological, and it should not be that way. During this speech I will clarify the existing rights at birth. In the law No. 110/2019, 9th September, as well as the legislation on this matter in other countries.

Health is a sensitive topic, and pregnancy as well as the labor should be lived and experienced with tranquility and seriousness as much as possible, and it's down to every individual to act, To guarantee that it improves.

In conclusion, I will present my personal opinion about what has been studied as well as its corollary.

Keywords: informed consent; right of refusal; law and health; obstetrics; bad health care practices; physical integrity; pregnancy; Women's rights; Parturient women's rights; obstetrical violence

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---------------------------------------|-----------|
| Ilustração 1 – Gráfico I | 68 |
|---------------------------------------|-----------|

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

| | |
|--------|---|
| AC | Acórdão |
| ART | Artigo |
| CP | Código Penal |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| SGNTS | Seguintes |
| STA | Supremo Tribunal Administrativo |
| STJ | Supremo Tribunal de Justiça |
| VO | Violência Obstétrica |
| APDMGP | Associação Portuguesa Pelos Direitos da Mulher na Gravidez e no Parto |
| APMJ | Associação Portuguesa de Mulheres Juristas |
| CDOM | Código Deontológico da Ordem dos Médicos |
| SNS | Serviço Nacional de Saúde |
| EU | União Europeia |
| TEDH | Tribunal Europeu dos Direitos Humanos |
| TRL | Tribunal da Relação de Lisboa |
| CTG | Cardiotocografia |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1. Introdução | 21 |
| 2. Conceito de Violência Obstétrica..... | 27 |
| 3. Que formas assume a violência obstétrica? | 31 |
| 3.1. Violência Física | 31 |
| 3.1.1. A Manobra de Kristeller | 31 |
| 3.2. Violência Psicológica..... | 32 |
| 3.3. Violência Sexual..... | 32 |
| 3.3.1. A Episiotomia Episiotomia | 32 |
| 3.3.2. O exame vaginal (Toque) | 35 |
| 3.4. Violência Institucional | 36 |
| 3.4.1. A tricotomia | 37 |
| 4. Direitos da mulher no parto | 41 |
| 4.1. Direito à liberdade de movimentos | 43 |
| 4.2. Direito a alimentar-se | 44 |
| 4.3. Direito de recusa Consentimento informado..... | 45 |
| 4.4. Direito a um parto seguro, assistido e humanizado | 50 |
| 4.5. Direito a decidir sobre o parto..... | 51 |
| 4.6. Direito ao alívio da dor..... | 51 |
| 4.7. Direito ao acompanhamento..... | 52 |
| 4.8. Direito à amamentação e ao aconchego do bebê..... | 53 |
| 4.9. Direito à privacidade e à confidencialidade..... | 54 |
| 4.10. Direito à mínima interferência..... | 54 |
| 4.11. Direito à responsabilização..... | 55 |
| 5. Violência obstétrica no estrangeiro..... | 57 |
| 6. Enquadramento jurídico-penal da violência obstétrica..... | 61 |
| 6.1. Delimitação dos atos de violência obstétrica já previstos e ainda não previstos no Código Penal | 61 |
| 6.2. Breve análise da jurisprudência portuguesa sobre a violência obstétrica | 66 |
| 6.3. A dificuldade da prova dos atos de violência obstétrica..... | 69 |
| 6.4. Violência obstétrica e negligência médica | 70 |
| 6.5. Violência obstétrica e a questão do género | 71 |
| 7. Inquérito realizado experiências de parto em Portugal | 74 |
| 8. Conclusões | 79 |
| Referências | 88 |

| | |
|-------------------------|-----|
| Apêndices..... | 97 |
| Lista de apêndices..... | 99 |
| Apêndice A | 101 |

1. INTRODUÇÃO

É certo que a garantia de acesso a todos aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva de forma segura, aceitável e de boa qualidade, reduziu drasticamente as taxas globais de morbidade e de mortalidade. Felizmente temos assistido a um melhoramento das taxas de assistência institucional. Isto porque, cada vez mais, as mulheres estão a ser incentivadas a utilizar as instituições de saúde para o parto, por meio de ações comunitárias, aumento do nível de educação, incentivos financeiros ou medidas políticas.

No entanto, com a resolução de um problema, surgiu de imediato outro. As pesquisas e investigações sobre as experiências das mulheres nos partos e durante a gravidez, em Portugal e não só, descrevem um quadro, no mínimo, assustador. Por todo o mundo, existem mulheres que sofrem ou sofreram de abusos físicos ou psicológicos, desrespeito inveterado, maus-tratos e negligência durante a assistência ao parto nas instituições de saúde. Isso representa uma violação da confiança entre as parturientes e as equipas médicas que as acompanham. Mais gravoso ainda é que, muitas destas mulheres afirmam que esta situação é um poderoso inibidor para procurarem e usarem os serviços de assistência obstétrica.

Com efeito, correm pelo mundo relatos de mulheres que sofreram abusos e foram completamente desrespeitadas e humilhadas em instituições de saúde. Relatos incluem situações de violência física, humilhação profunda e abusos verbais, não obtenção de consentimento informado antes da realização de procedimentos, falta de confidencialidade, recusa em administrar medicamentos para o alívio da dor, graves violações de privacidade, recusa de alta, cuidado negligente durante o parto e a lista continua ...

O relatório da ONU sobre a violência obstétrica de 2019¹ revelou que os maus-tratos e a violência contra as mulheres em serviços de saúde reprodutiva e partos acontecem por todos os cantos do mundo e afetam as mulheres em todos os níveis socioeconômicos.

¹ Pode ser consultado em [A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence : \(un.org\)](https://www.un.org/pt/press/docs/2019/19-06-01-01.html)

Isto acontece porque, infelizmente, a violência obstétrica ainda é considerada como algo intrínseco e característico do parto.²

Em Portugal, o medo do parto vaginal dito “normal” tem-se generalizado de tal forma que muitas mulheres optam por recorrer à cesariana previamente agendada, através de seguros e planos de saúde para garantirem um atendimento adequado e justo para evitarem estes cenários.

O grande problema que se coloca nos dias de hoje é a existência de um parto protagonizado pelos profissionais de saúde, um parto puramente técnico onde a mulher não pode decidir como dar à luz, o que fazer do seu corpo, vendo assim, desrespeitados os seus direitos reprodutivos e sexuais e o direito à sua liberdade e integridade física.

A violência obstétrica é um comportamento que devia ser considerado crime e é isso que vou tentar demonstrar neste trabalho.

Na verdade, mais de metade das mulheres que sofreram esse tipo de práticas não a compreende ou a encara como tal. Existe a ideia instalada de que o parto é sempre um momento de sofrimento e que os médicos sabem o que fazem e fazem-no para o bem da mulher e do recém-nascido, o que leva a uma aceitação natural sem questionar, mas com consequências claras e continuadas. A violência obstétrica pode assumir diversos contornos nas diversas fases que a mulher passa desde antes do parto, durante ou até mesmo depois.

Em 2015 a Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto, da qual, orgulhosamente, faço parte, lançou um inquérito³ às mulheres sobre a sua experiência no parto.

Em Fevereiro desse ano foi realizado o inquérito com uma amostra superior a 3000 mulheres cujo parto tivesse acontecido entre Janeiro de 2012 e Março de 2015.

De acordo com os resultados obtidos concluiu-se que 89% das mulheres teve alguma intervenção durante o seu trabalho de parto e o parto em si. No final desse inquérito foi

² Em *Mother Hood* e.V to the Special Rapporteur. Que pode ser consultado em [OHCHR | Report on a human-rights based approach to mistreatment and obstetric violence during childbirth](#)

³ Pode ser consultado em [Questionário: Experiências de Parto em Portugal nos Últimos 3 anos - Até 31 Março 2015 - Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto \(associacaogravidezparto.pt\)](#)

possível apurar que a *epidural*⁴ foi o procedimento mais comum (70%), seguido da *episiotomia*⁵ *ex aequo* e *ocitocina artificial*⁶ (+ de 50%)⁷.

Importa também ressaltar que mais de 40% das mulheres inquiridas afirmaram não terem sido consultadas sobre os exames ou intervenções realizadas durante o parto e o trabalho de parto.

Outro ponto importante é que, com a realização deste inquérito foi possível apurar que quase 25% das mulheres não se sentiu bem com a posição adotada no momento da expulsão do bebê.

Como é lógico, todos estes fatores têm efeitos negativos, mais de 10% das mulheres refere que a experiência de parto influenciou de forma negativa a sua autoestima, existindo, ainda, um número elevado de mulheres que não se sentiu respeitada, apoiada, segura, ouvida ou bem tratada o que faz com que o parto, algo que deveria ser uma memória bonita e tranquila, se torne numa experiência negativa e resulte numa influência negativa tanto a nível pessoal como a nível inter-relacional, tanto com o bebê como com o parceiro.

Como conclusão, é possível afirmar que 43,8% das mulheres inquiridas, não teve o parto que queria.

Um outro inquérito realizado pela APDMGP, dirigido às mulheres cujo parto ocorreu entre 2015 e 2019⁸ concluiu que cerca de 30% das mulheres afirmaram ter sido vítimas de abuso, desrespeito ou discriminação onde se destacaram particularmente a prática de intervenções não consentidas as quais afetaram direta e negativamente a sua perceção sobre a sua experiência de parto.

Parece-me de fácil conclusão de que os resultados são altamente preocupantes.

⁴ Trata-se de uma anestesia regional que bloqueia a dor em determinada região do corpo, proporcionando analgesia somente nessa zona.

⁵ A episiotomia é um corte realizado no períneo, a área entre a vagina e o ânus, para ampliar o canal de parto.

⁶ Medicamento que faz com que o útero se contraia com maior frequência e força, acelerando e induzindo o trabalho de parto.

⁷ Pode ser consultado em: [Experiências Parto Portugal 2012-2015.pdf \(associacaogravidezeparto.pt\)](#)

⁸ Pode ser consultado em: [Microsoft Word - Experiências de Parto em Portugal 2edicao 2015-19.docx \(associacaogravidezeparto.pt\)](#)

A nível internacional, a Comissão de Peritos do Mecanismo de Acompanhamento de Belém do Pará⁹ em 1994 foi o primeiro organismo a reconhecer a violência obstétrica como uma violação dos direitos humanos, recomendando que os Estados adotassem disposições legais que criminalizassem a violência obstétrica. Como resultado, vários países da América Latina e da região do Caribe adotaram leis que criminalizaram a violência obstétrica.

Nesta senda a Venezuela tornou-se o primeiro país a criar uma lei nesse sentido, que mais adiante será analisada.

Atualmente, as plataformas de redes sociais têm tido um papel fundamental na quebra do silêncio permitindo às mulheres que partilhem as suas experiências e contem a sua história. Desde 2015 que têm sido criados movimentos similares ao #MeToo¹⁰ em vários países como forma de reivindicação dos direitos das mulheres. Tais como: *#bastacere: le madri hanno voce*¹¹ em Itália; *#PrekinimoSutnju*¹² na Croácia; *#PayeTonUtérus*¹³ em França; *#Genoeggezwegen*¹⁴ na Holanda; *#Másállapot*¹⁵ na Hungria e *#MinäMyösSynnyttäjänä*¹⁶ na Finlândia.

A violência obstétrica pode assumir diversas formas em diversas alturas, nomeadamente, no acompanhamento da gravidez, no parto, no pós-parto e ainda nas interrupções voluntárias da gravidez.

Com efeito, foi relatado¹⁷ que procedimentos cirúrgicos de aborto uterino e a consequente raspagem ou sutura após o nascimento e ainda a retirada de óvulos durante a procriação medicamente assistida muitas vezes são realizados sem

⁹ Pode ser consultado em [Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, “Convenção de Belém do Pará” \(oas.org\)](#)

¹⁰ O movimento Me Too é um movimento contra o assédio sexual e a agressão sexual. O movimento começou a espalhar-se de forma viral em outubro de 2017 como uma hashtag nas redes sociais, na tentativa de demonstrar a prevalência generalizada de agressão sexual e assédio, especialmente no local de trabalho.

¹¹ Pode ser acompanhado na sua página de Facebook [Basta tacere: le madri hanno voce | Facebook](#)

¹² Significa “Vamos parar o silêncio” e pode ser acompanhado pelo Facebook através da hashtag [#prekinimosutnju – Explorar | Facebook](#)

¹³ Este movimento utiliza a plataforma Twitter como meio para as mulheres contarem as suas experiências [#PayeTonUtérus: Mulheres contam seus piores momentos na casa do ginecologista \(medisite.fr\)](#)

¹⁴ Significa “ Chega de silêncio”, pode ser seguido em [O hashtag #genoeggezwegen no Instagram • Fotos e vídeos](#)

¹⁵ Significa “Outro estatuto”, pode ser seguido em [\(3\) #másállapot – Explorar | Facebook](#)

¹⁶ Significa “ Eu também, como mãe” e tem a sua página oficial [Minä myös synnyttäjänä \(minamyössynnyttajana.fi\)](#)

¹⁷ Pode ser consultado em: [A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence : \(un.org\)](#)

anestesia. Muitas destas mulheres relataram ainda ser vítimas de violência psicológica durante ou mesmo depois do procedimento.

A obstetrícia é uma das áreas da medicina que origina mais litigância, isto é, mais processos judiciais. No entanto é das áreas que, estranhamente, se encontra pouco abordada no CP Português.

Contudo, apesar do crime de violência obstétrica não constar no catálogo de crimes do nosso CP, não significa que os atos decorrentes desta não sejam puníveis, ou pelo menos, alguns deles.

É certo que Portugal é um dos países com a mais baixa taxa de mortalidade neonatal do mundo, facto pelo qual todos nos devemos orgulhar, mas a ideia de que para o parto ser bem sucedido basta a mãe e o bebé terem sobrevivido é arcaica e tremenda.

Na verdade, os excelentes indicadores camuflam uma realidade atroz que é desconhecida para a maioria dos portugueses, mas infelizmente muito familiar a muitas mulheres que passam pelas salas de parto dos hospitais portugueses. A violência física e psicológica praticada por alguns profissionais de saúde, que imoralmente abusam da sua posição e do seu poder num momento sensível e marcante como o parto é uma realidade presente e atual.

A desumanidade de que várias mulheres se queixam ter sofrido durante o parto e o trabalho de parto constituem um crime contra os Direitos Humanos e é um motivo de vergonha e preocupação para o país a forma desumana e fria como muitos profissionais desta área tratam as mulheres, aproveitando-se da sua condição delicada.

Sobre este tema:

Em Portugal, um dos países europeus com taxas de intervenções no parto mais altas, o desrespeito pelas mulheres no contexto da assistência obstétrica reveste-se de muitas formas - das mais óbvias, como o abuso verbal, às mais subtis, como a privação de informação acerca do estado de saúde, passando pelos entraves à presença de um acompanhante da escolha da mulher durante o trabalho de parto e o parto. Nas suas múltiplas dimensões, a violência obstétrica traduz-se na perda de autonomia das mulheres num momento de importância crucial das suas vidas sendo, por isso, necessário contribuir para a visibilização deste fenómeno e para o reconhecimento dos direitos das mulheres no contexto da gravidez e do parto.¹⁸

¹⁸ Bloco de Esquerda (2022) - Violência obstétrica: o caso português. In Esquerda. Lisboa : Bloco de Esquerda. [Consult. 18 mai. 2022].

Apesar de a nossa ordem jurídica atual punir alguns destes atos não abarca todos, sendo por isso urgente uma mudança do ordenamento jurídico, é urgente que o Direito atue e acautele de forma informada e clara os Direitos das parturientes.

2. CONCEITO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Entende-se por violência obstétrica qualquer ato exercido por profissionais da saúde no que cerne ao corpo e aos processos reprodutivos das mulheres, exprimido através de uma atenção desumanizada, abuso de ações intervencionistas, medicalização e a transformação patológica dos processos de parturição fisiológicos¹⁹

Este tipo de violência é atualmente realizado por quem exerce a atividade médica sobre o corpo da mulher (medicalização dos partos e do corpo feminino), impedindo, na maior parte dos casos, a autonomia das mulheres, enquanto pacientes. As parturientes são submetidas a inúmeros procedimentos, muitas vezes desnecessários, sem serem consultadas ou informadas, para o efeito, vendo o seu ritmo biológico e os seus direitos fundamentais desrespeitados.

Com a evolução da medicina e das práticas inerentes, a violência obstétrica acaba por assumir novas formas todos os dias. Este fenómeno é muito mais do que um comportamento médico, é uma forma de violência gratuita praticada por todos os profissionais de saúde sobre a mulher e o recém nascido que se encontram debilitados e impossibilitados de reagir.

Não obstante, importa ressaltar que a violência obstétrica não é exclusiva ao momento do parto, podendo incidir em todo e qualquer momento do processo reprodutivo como a esterilização, fecundação e aborto.

A primeira lei que surgiu sobre este tema abordando-o e caracterizando-o foi a *Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*, na Venezuela que define a violência obstétrica como “a *apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissionais de saúde*” colocando assim, claramente, a tónica no consentimento informado²⁰.

¹⁹ JUÁREZ, DIANA , *Violencia sobre las mujeres: herramientas para el trabajo de los equipos comunitarios*, literaria a cargo de Ángeles Tessio. - 1a ed. - Buenos Aires : Ministerio de Salud de la Nación, 2012

²⁰ Entende-se por consentimento informado a autorização esclarecida prestada pelo utente antes da submissão a determinado ato médico, qualquer ato integrado na prestação de cuidados de saúde, participação em investigação ou ensaio clínico. Esta autorização pressupõe uma explicação e respetiva compreensão quanto ao que se pretende fazer, o modo de atuar, razão e resultado esperado da intervenção consentida.

Em regra, qualquer intervenção no domínio da saúde apenas pode ter lugar após prestação do consentimento livre e esclarecido pelo destinatário da mesma. Ou seja, o utente deve receber previamente a informação adequada quanto ao objetivo, natureza da intervenção, consequências, riscos e alternativas. Pode ser consultado em : [Consentimento informado - ePortugal.gov.pt](http://ePortugal.gov.pt)

Sendo a violência obstétrica, um fenômeno frequente, torna-se, cada vez mais necessário apontar e perceber os motivos que estão na sua origem que são, entre outros:

- a) O poder da autoridade clínica;
- b) Existência de políticas e protocolos de atuação;
- c) Dificuldade de responsabilização no sistema hierárquico hospitalar;
- d) Contexto e modelos de formação profissional que normalizam más práticas;
- e) As expectativas de submissão;
- f) Massificação da assistência, cada vez menos personalizada.
- g) Desconhecimento de direitos próprios, enquanto utentes de serviços de saúde, e dos deveres dos prestadores destes serviços;
- h) Receio/incapacidade de questionamento de condutas clínicas;
- i) Falta de conhecimento e contacto com o paradigma do parto fisiológico, que leva as mulheres a assumirem como "normais" formas de intervenção injustificadas.

O parto é um momento único e inesquecível na vida da mulher, por esse mesmo motivo o cuidado despendido pelos profissionais tem de ser inigualável, casuístico e pautado no protagonismo da mulher, deixando-o acontecer da forma mais natural e humana possível.

Sobre este tema a Organização Mundial da Saúde (OMS) emitiu em 2014, uma declaração contra a violência obstétrica, onde se pode ler que:

[...] um crescente volume de pesquisas sobre as experiências das mulheres durante a gravidez, e em particular no parto, descreve um quadro perturbador. No mundo inteiro, muitas mulheres experimentam abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência durante a assistência ao parto nas instituições de saúde. Embora o desrespeito e os maus-tratos possam ocorrer em qualquer momento da gravidez, no parto e no período pós parto, as mulheres ficam especialmente vulneráveis durante o parto. Tais práticas podem ter consequências adversas diretas para a mãe e a criança. [...] Relatos sobre desrespeito e abusos durante o parto em instituições de saúde incluem violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos,

graves violações da privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, e detenção de mulheres e seus recém nascidos nas instituições, após o parto [...] Todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto, assim como o direito de estar livre da violência e discriminação. Os abusos, os maus-tratos, a negligência e o desrespeito durante o parto equivalem a uma violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres, como descrevem as normas e princípios de direitos humanos adotados internacionalmente. Em especial, as mulheres grávidas têm o direito de serem iguais em dignidade, de serem livres para procurar, receber e dar informações, de não sofrerem discriminações e de usufruírem do mais alto padrão de saúde física e mental, incluindo a saúde sexual e reprodutiva.²¹

Nesta declaração a OMS destaca que estão a ser realizadas cada vez mais pesquisas sobre as experiências das mulheres durante a gravidez e durante o parto que revelam um quadro verdadeiramente preocupante na medida em que *“muitas mulheres experimentam abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência durante a assistência ao parto nas instituições de saúde”* tais como violência física, humilhação e violência psicológica, intervenções médicas coercivas ou não consentidas, violação da sua intimidade, falta de esclarecimento sobre a realização de procedimentos, negação em administrar medicação para diminuição da dor, recusa de internamento, cuidado negligente durante o parto que resultam em complicações desnecessárias e evitáveis e, mais grave, detenção de mulheres e dos seus recém-nascidos nas instituições, após o parto, por incapacidade de pagamento.

Ora, estabelece o artigo 64º da Constituição da República Portuguesa que *“Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover.”* Neste sentido e vivendo num Estado de direito democrático, todas as pessoas devem ter direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a sua vida. Tal preceito é aplicado a todas as pessoas e em todos os momentos, no entanto, deve ser especialmente aplicado no contexto do trabalho de parto, parto e puerpério uma vez que constitui um momento de especial importância e acima de tudo, constitui um momento de especial vulnerabilidade da vida humana.

Assim, os maus-tratos, a negligência, os abusos e as constantes humilhações durante o trabalho de parto, parto e pós-parto constituem uma grave violação dos direitos

21 [Pode ser consultada em WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=7F09B6CDCDC55BDA35C963BBAFC212AA](https://www.who.int/rhr/14.23_por.pdf?jsessionid=7F09B6CDCDC55BDA35C963BBAFC212AA)

humanos fundamentais da mulher como descrevem as normas e princípios de direitos humanos adotados internacionalmente.

Já mais recentemente, em 2018, veio a OMS emitir diretrizes²² para estabelecer padrões de atendimento globais para mulheres grávidas saudáveis e reduzir intervenções médicas desnecessárias, nas quais recomenda que as equipas médicas e de enfermagem não interfiram no trabalho de parto de uma mulher de forma a acelerá-lo, a menos que existam riscos reais de complicações.

Neste documento são feitas 56 recomendações sobre os direitos a serem garantidos aquando do parto e trabalho de parto entre eles:

- Direito a ter um acompanhante a sua escolha
- Direito a ter as opções individuais respeitadas
- Direito à tomada de decisão da mulher na gestão da sua dor e nas posições escolhidas durante o trabalho de parto, bem como,
- Direito ao respeito pelo seu desejo de um parto totalmente natural

É ainda mencionado nestas recomendações que a medicalização do parto²³ pode prejudicar a confiança e a capacidade das mulheres de dar à luz bem como diminuir aquilo que deveria ser uma experiência positiva e memorável.

Assim, em suma, a violência obstétrica é tudo menos um conceito novo. Este tipo de violência gratuita já existe há muito tempo e urge uma solução digna para terminar com estes comportamentos.

²² Pode ser consultada em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

²³ Utilização regular de intervenções médicas para iniciar, acelerar, regular e controlar a gravidez

3. QUE FORMAS ASSUME A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA?

Atualmente a violência obstétrica assume as mais variadas formas, no entanto, podemos dividi-la em 4 grandes grupos, nomeadamente, a violência física, a violência psicológica, a violência sexual e a violência institucional. É certo que a realidade de dar à luz nem sempre corresponde ao que foi idealizado, mas nada justifica que a experiência seja um verdadeiro pesadelo.

3.1. VIOLÊNCIA FÍSICA

Considera-se violência física, o recurso à força ou a restrições físicas, nomeadamente a realização da manobra de Kristeller, agressões físicas, restrições à liberdade de movimentos imposta à parturiente, jejum forçado, a utilização de meios farmacológicos sem autorização, a indução do parto, a administração de ocitocina e a negação dolosa ou negligente do alívio à dor da parturiente, em suma, podem reconduzir-se à violência física todas as condutas que infligam dor ou danos físicos à parturiente ou ao nascituro independentemente do tipo de dano que possa estar em causa.

3.1.1. A MANOBRA DE KRISTELLER

A manobra de Kristeller é uma intervenção no período expulsivo que envolve a aplicação de pressão (pode ser realizada com a subida de uma pessoa para cima do ventre daquela, ou feita com pressão em cima da barriga da mulher com um ou dois braços, antebraços ou joelhos) na parte superior do útero em direção ao canal do parto.

Não obstante a clara e evidente violência da mesma, segundo o relatório das Nações Unidas acima mencionado esta manobra é amplamente praticada e utilizada com frequência nas maternidades apesar de não ter qualquer benefício associado.²⁴

A manobra de Kristeller, tal como é descrita na atualidade, nomeadamente pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que a condena, constitui má prática obstétrica pois implica inúmeras complicações para a mulher.

²⁴ Simões, Vânia Alexandra dos Santos “Violência Obstétrica: a violência institucionalizada contra o género” que pode ser consultado em [APMJ - Prémio Teresa Rosmaninho](#)

3.2. VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA

Por sua vez, considera-se violência psicológica, a utilização de linguagem imprópria, rude, a realização de ameaças, expressões atentatórias da autoestima da mulher, incluindo as situações de tratamento discriminatório, desprezo dos pedidos e preferências da mulher, omissão de informação sobre o decurso do parto e sobre os procedimentos adotados e a proibição da permanência do acompanhante. Assim, consubstanciam atos de violência psicológica todos aqueles que sejam propensos a afetar emocionalmente a mulher que, pelas circunstâncias, já se encontra particularmente vulnerável e sensível.

3.3. VIOLÊNCIA SEXUAL

No âmbito da violência sexual, são considerados todos as ações que atentam contra os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Tais como: a realização da episiotomia de rotina sem consentimento ou sem necessidade, os sucessivos exames vaginas sem consentimento ou sem necessidade, o descolamento de membranas sem consentimento informado ou sem necessidade, a imposição de posição durante o parto, exames repetitivos dos mamilos sem esclarecimento ou consentimento, a dilatação manual do colo do útero. Muitos destes procedimentos, quando realizados por mera rotina\sem necessidade prejudicam a dinâmica do parto desrespeitando o ritmo biológico da mulher.

3.3.1. A EPISIOTOMIA | EPISIORRAFIA

A episiotomia é um corte realizado no períneo, a área entre a vagina e o ânus, para ampliar o canal de parto.

Já a episiorrafia é a sutura do períneo ou nos tecidos à volta da vulva, geralmente para reparar uma episiotomia. É nesta fase que também se costuma aplicar “ O ponto do marido” que é um ponto a mais na sutura da episiotomia com o intuito de promover um estreitamento da vagina e, alegadamente, incrementar o prazer sexual masculino. No entanto, esta prática comporta graves consequências para a saúde sexual das mulheres podendo causar dor durante a relação e até mesmo necessitar de correção cirúrgica.

Estas intervenções foram iniciadas no mundo após a década de 40, quando os partos mudaram de um ambiente domiciliar para um ambiente hospitalar, mudança essa que

permitiu não só alterar a conceptualização da natureza do nascimento (de um processo fisiológico e natural passou a um processo patológico que requeria a intervenção obstétrica para minimizar ou prevenir as complicações) como reuniu melhores condições de assepsia²⁵ levando a que se criasse um ambiente propício à realização da episiotomia com maior segurança. O procedimento foi expandido porque os médicos pensavam que ajudava na diminuição do tempo do período expulsivo e facilitava o parto.

Já nos anos 70, os movimentos sociais de mulheres começaram a indagar os procedimentos realizados rotineiramente no parto, e estudos sobre esses procedimentos foram realizados, com o apoio da Organização Mundial de Saúde – OMS. Em consequência do mesmo, no ano de 1983 foi publicada uma importante revisão que demonstrou que, além do uso frequente da episiotomia não trazer benefícios, acaba por ser prejudicial.

Atualmente, já está comprovado por estudos ²⁶ que a episiotomia de rotina, ou seja, aquela que é feita em casos em que não há real necessidade, não melhora resultados perinatais. Esta não diminui risco nenhum, pelo contrário, aumenta o risco de lesão perineal grave, as chances de dor no pós parto nas relações sexuais, a perda sanguínea no parto e a necessidade de sutura, pois quando a episiotomia não é realizada, a maioria das mulheres não necessita de pontos.

O uso rotineiro da mesma, não obstante tudo acima descrito, ainda aumenta o risco da mãe em relação a dor, infecção e hemorragia, e prolongam o tempo de recuperação,

²⁵ Conceito médico utilizado que significa a ausência de todo o micróbio ou o conjunto de métodos terapêuticos que tendem a evitar a introdução de micróbios sem auxílio de agentes antissépticos.

²⁶ [Todos Consultados em 01/06/2021: EPISIOTOMIA Uso generalizado versusselectivo \(googleusercontent.com\)](#).

[A meta-analysis of passive descent versus immediate pushing in nulliparous women with epidural analgesia in the second stage of labor.](#)

[A prospective cohort study of maternal and neonatal morbidity in relation to use of episiotomy at operative vaginal delivery.](#)

[Obstetric anal sphincter injury: incidence, risk factors, and management.](#)

[Operative vaginal delivery.](#)

[Obstetric anal sphincter injury: incidence, risk factors, and management.](#)

[A randomised controlled trial of two instruments for vacuum-assisted delivery \(Vacca Re-Usable OmniCup and the Bird anterior and posterior cups\) to compare failure rates, safety and use effectiveness.](#)

[Trends in major modifiable risk factors for severe perineal trauma, 1996-2006](#)

[Cambic C., & Wong C. \(2010\). Labor analgesia and obstetric outcomes. *British Journal of Anesthesia*.](#)

[Vacuum-assisted vaginal delivery.](#)

[Pelvic floor morbidity up to one year after difficult instrumental delivery and cesarean section in the second stage of labor: a cohort study.](#)

aumentando também os riscos a longo prazo de incontinência urinária, incontinência fecal ou dano de nervos, dispareunia²⁷, cefaloematoma natal e hemorragia da retina.

No entanto, continua a ser realizada por mera rotina apesar de não cumprir a maioria dos objetivos a que se propõe, isto é, não diminui o risco de lesões perineais severas, não previne o desenvolvimento de relaxamento pélvico e não tem impacto sobre a morbidade ou mortalidade do recém-nascido. Variadíssimos estudos, tanto num campo retrospectivo, como num campo prospetivo, têm comparado o uso generalizado com o uso seletivo da episiotomia e, ao contrário do defendido por vários autores e durante várias décadas, o uso seletivo está incontestavelmente associado a melhores resultados, como por exemplo, uma diminuição das lesões severas e um maior número de períneos intactos.

Sobre este tema, a Organização Mundial da Saúde aconselha uma taxa de episiotomia de, no máximo, 10%. Em 2018 a OMS, reconheceu que “no presente momento, não há evidências que corroborem a necessidade de qualquer episiotomia nos cuidados de rotina, e uma taxa “aceitável” de episiotomia é difícil de determinar. O papel da episiotomia em emergências obstétricas, como o sofrimento fetal que requer o parto vaginal instrumental, ainda precisa ser estabelecido. Nos casos de necessidade, deve ser realizada a técnica médio lateral e sob efeito de anestesia local, e com o consentimento informado da mulher.”²⁸. Sendo este também o posicionamento da Ordem dos Médicos.²⁹

Apesar de todas essas recomendações, a episiotomia ainda é uma prática realizada em Portugal com uma frequência acima do aceitável pela OMS.

Nesta senda, de acordo com o Relatório Primavera de 2018 do Observatório Português, a episiotomia é uma prática particularmente mais frequente em Portugal que nos restantes países europeus. Em termos de comparação, no mesmo ano, a taxa de episiotomias na Dinamarca é 3,7% , em Portugal 73%, no México 30%, em Itália 50% e 89% em Espanha.³⁰

O relatório da ONU de 2019 com o título “Uma abordagem baseada nos Direitos Humanos sobre maus-tratos e violência contra as mulheres nos serviços de saúde

²⁷ Dispareunia é a dor sentida ao se tentar a relação sexual ou outra atividade sexual que envolva penetração ou a dor sentida durante essas atividades via [Dispareunia - Problemas de saúde feminina - Manual MSD Versão Saúde para a Família \(msdmanuals.com\)](#). Consultado em 25/07/2021

²⁸ Recomendação 39, constante do Relatório “Intrapartum care for a positive childbirth experience” publicado em 2018 pela Organização Mundial de Saúde.

²⁹ Pode ser consultado em [Nota sobre a Resolução da Assembleia da República \(n.º 181/2021\) sobre violência obstétrica – Ordem dos Médicos \(ordemdosmedicos.pt\)](#). Consultado em 28/07/2021

³⁰ Pode ser consultado em [A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence : \(un.org\)](#) Consultado em 28/07/2021

reprodutiva, com foco no parto e na violência obstétrica”³¹ de 2019 refere que esta prática “ se desnecessária e/ou feita sem consentimento informado, pode ter efeitos físicos e psicológicos adversos na mãe e pode levar à morte”, podendo ter “repercussões significativas na vida sexual e reprodutiva da mulher, na sua saúde mental e as cicatrizes duradouras daí resultantes acompanham uma mulher para o resto da vida”.

Neste sentido, é urgente que a episiotomia se torne um procedimento dependente de consentimento informado por parte da mulher e não uma mera prática rotineira e, quando não se justifique por razões médicas, deve ser considerado uma violação dos direitos das mulheres e uma forma de violência baseada no género contra as mulheres, punido criminalmente.

3.3.2. O EXAME VAGINAL (TOQUE)

O exame vaginal³², comumente apelidado de “toque” serve para verificar as alterações cervicais em trabalho de parto³³. Há muitos anos atrás a OMS recomendava que o toque fosse feito de hora em hora para avaliar o desenvolvimento do trabalho de parto. No entanto e, felizmente, a OMS veio emitir novas recomendações onde deixa claro que, numa parturiente de baixo risco o exame deve ser feito com um período mínimo de 4 horas de intervalo sendo que “O excesso de toques desnecessários, aliás, aumenta o risco de contaminação do feto e da cavidade uterina. Cada caso é um caso, portanto, se não houver necessidade, o melhor é evitar”, diz Olímpio Barbosa, presidente da Comissão Nacional de Assistência ao Pré-Natal da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Exames vaginais contínuos colocam a parturiente em risco de Corioamnionite³⁴ e aumenta o risco de infeções que pode levar a casos de infertilidade futura. Sete ou mais exames vaginais durante o parto fazem com que os recém-nascidos estejam 4 a 5 vezes mais propensos a contrair sepsise neonatal. Os recém-nascidos são mais propensos a contrair estreptococo do grupo B, quando o exame vaginal é realizado várias vezes ao longo do parto, quanto maior for a

³¹ Pode ser consultado em [A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence : \(un.org\) Consultado em 28/07/2021](#)

³² O exame é feito a partir da colocação de dois dedos do obstetra no canal vaginal para avaliar o colo do útero, o que pode causar desconforto em algumas mulheres, apesar de que outras mulheres relatam que não sentem dor ou desconforto durante o procedimento.

Apesar de ser utilizado com o objetivo de avaliar o colo do útero durante o trabalho de parto, alguns ginecologistas e obstetras indicam que o exame não é necessário, podendo as alterações serem identificadas de outra forma. O exame de toque na gravidez é feito com a grávida deitada de barriga para cima, com as pernas afastadas e os joelhos dobrados.

³³ [Exames Vaginais: uma intervenção desnecessária \(hypnobirthingportugal.com\)](#)

³⁴ Pitkin, B Peattie, A. Magowan, Joan Alison, Brian, *Obstetrics and Gynaecology an illustrated colour text*, Churchill Livingstone, 2003

quantidade de vezes que o exame é realizado maior é a probabilidade da mulher e do bebê contraírem algum tipo de infecção. Como se não bastasse, o uso de antibióticos para estas infecções podem também aumentar alergias e asma, bem como causa a resistência antimicrobiana³⁵.

Por fim, exames vaginais repetidos restringem ainda mais o movimento da mulher, resultando em contrações de baixa qualidade e a possibilidade de prolongar o trabalho de parto.

“É surpreendente que haja um uso tão generalizado dessa intervenção sem boa evidência de eficácia, particularmente considerando a sensibilidade do procedimento para as mulheres que o recebem e o potencial de consequências adversas em alguns contextos.

A eficácia da utilização e da calendarização dos exames vaginais de rotina no trabalho de parto, bem como outras formas de avaliar o progresso do trabalho de parto, incluindo sugestões comportamentais maternas, devem ser o foco de novas pesquisas com urgência. As opiniões das mulheres sobre as formas de avaliar o progresso do trabalho devem ser prioritárias em qualquer investigação futura nesta área.”³⁶

3.4. VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL

Vejamos:

“Quando um/a profissional de saúde não dá opções de intervenções, tratamentos ou procedimentos; quando os apresenta como obrigatórios; quando não dá, pelo menos, uma alternativa; quando não explica os seus riscos e benefícios; quando impõe ao invés de propor; isso é violência obstétrica, ainda que não haja violência física”³⁷

Exemplos deste tipo de violência obstétrica são a colocação de um acesso venoso por rotina, a tricotomia, a limitação de movimento na hora do parto, a administração por mera rotina de ocitocina sintética, entre muitas outras intervenções que quando executadas por rotina e não necessidade casuística aumentam o risco para a grávida e para o bebê. Não podem existir intervenções consideradas obrigatórias na gravidez, no trabalho de parto e no parto. Se estas são apresentadas assim, é violência obstétrica. A única coisa que pode ser considerada obrigatória é o consentimento informado. Este

³⁵ Organização Mundial de Saúde [OMS], 2011.

³⁶ Routine vaginal examinations in labour, Cochrane em [Routine vaginal examinations in labour | Cochrane](#). Consultado em 28/07/2021

³⁷ Mia negrão em [Activa | A violência obstétrica desconstruída por três especialistas \(sapo.pt\). Consulta no dia 11/05/2021](#)

sim é obrigatório e fundamental. É importante, sobre este tema, reter que, todas as ações\procedimentos devem ser propostos e não interpostos.

3.4.1. A TRICOTOMIA

A tricotomia passa pela raspagem dos pelos púbicos. Antigamente era realizada a raspagem dos pelos púbicos por rotina a todas as grávidas à entrada do Bloco de Partos. Contudo verificou-se que não há benefício neste procedimento e que inclusivamente pode aumentar o risco de infeção por tornar a pele mais frágil, danificada e menos eficaz no seu papel de barreira aos microrganismos. Infelizmente algumas instituições ainda praticam a tricotomia por mera rotina.

Na sequência deste tema relativo as possíveis formas de violência obstétrica, Isabel Valente, na qualidade de representante da Associação Portuguesa dos Direitos da Mulher na Gravidez e no Parto deu uma entrevista³⁸ aos órgãos de Comunicação social onde relatou alguns exemplos, passados em Portugal, que deixam qualquer pessoa aterrorizada, vejamos:

“A mulher é obrigada, pela força, a assumir uma determinada posição durante o parto, e é lhe restringido o movimento contra a sua vontade”;

“[...] humilhações verbais, insultos, culpabilização por o decurso do parto estar a ser “longo” ou a mulher estar a “gritar”, ou supostamente “não estar a colaborar””;

“[...] coerção ou manipulação emocional para que por exemplo a mulher aceite determinadas intervenções alegando coisas como “veja lá se quer matar o seu bebe” ou “gritos, insultos, ignorar expressões de dor ou pedidos de anestesia”

Isabel Valente menciona ainda “tratamentos discriminatórios com base na idade da mulher, na sua etnia, no seu estatuto social, nas suas crenças, na sua massa corporal... ou ainda até a recusa de cuidados e abandono, o que acontece quando a mulher é abandonada durante o trabalho de parto por, supostamente, não estar a colaborar.”

A propósito deste ponto, o Relatório das Nações Unidas com o título “ Uma abordagem baseada nos direitos humanos sobre maus-tratos e violência contra as mulheres nos serviços de saúde reprodutiva com foco no parto e na violência obstétrica”³⁹ destaca a existência de um aumento de denúncias referentes a situações de maus-tratos e

³⁸ Pode ser consultada em [Activa | A violência obstétrica desconstruída por três especialistas \(sapo.pt\) Consultada a 11/05/2021](#)

³⁹ Pode ser consultado em [A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence : \(un.org\)](#)

violência durante o parto, o que revela que a violência obstétrica tem uma natureza sistemática, generalizada e ordinária.

O mesmo relatório menciona ainda que os maus-tratos e a violência nos serviços de saúde, contra as mulheres constitui uma

“continuação da violação de direitos que ocorrem no contexto mais vasto da desigualdade estrutural, discriminação e patriarcado, e são também o resultado de falta de educação e formação adequadas, bem como da falta de respeito pela igualdade de género e direitos humanos das mulheres”

Podemos ler ainda no Relatório que “práticas de humilhação profunda, abuso verbal e comentários sexistas durante o parto foi relatado por muitas mulheres de diferentes partes do mundo, os quais só têm lugar atrás das portas fechadas dos estabelecimentos de saúde” destacando que “só recentemente é que as mulheres começaram a falar do facto de serem ridicularizadas, repreendidas e insultadas pelos profissionais de saúde” tendo também sido descritos “comentários particularmente sexistas e ofensivos”.

Finalmente, entre as formas de violência no parto, são ainda referidos os

“Cuidados não confidenciais, quando não é garantida a privacidade à mulher durante o trabalho de parto, ao estarem presentes pessoas que não foram autorizadas a estar presentes – como acontece por vezes em hospitais universitários, em que a mulher não deseja a presença de estudantes e essa presença é imposta”.

Chegados a este ponto, parece-me de fácil conclusão de que estes atos consubstanciam casos evidentes de violência obstétrica, no entanto, muitas mulheres não o consideram como tal visto que, estes comportamentos médicos têm sido normalizados ao longo dos anos.

No entanto, e como refere Vânia Simões, na sua investigação “ A Violência Obstétrica: a violência institucionalizada contra o género”⁴⁰ a situação que se vive na atualidade no ordenamento jurídico português não é suficiente para tutelar os direitos das mulheres, senão vejamos, a título de exemplo se se tratar de um caso de violência obstétrica psicológica onde a mulher foi humilhada e mal tratada verbalmente no contexto legal atual para esta autora tal resultaria numa impunidade para os seus agentes.

Os dados dos inquéritos realizados demonstram que poucas das recomendações feitas pela OMS, no que reporta a este tema, estão a ser cumpridas.

⁴⁰ Pode ser consultado em [APMJ - Prémio Teresa Rosmaninho. Consultado em 30/05/2021](#)

Como se pode retirar do dito atrás e para concluir, o conceito de violência obstétrica abrange toda e qualquer ação direcionada à mulher durante o parto, trabalho de parto, puerpério e outros processos reprodutivos que lhe cause dano, sofrimento e desconforto desnecessário, praticada sem o seu consentimento, sem informação prévia ou em desrespeito total pela sua autonomia ou escolhas, constituindo assim uma clara e violenta limitação do poder de escolha e de decisão da mulher.

Vários organismos internacionais já se pronunciaram sobre esta matéria, discordando e censurando estes comportamentos, apelando aos Estados que adotem medidas para reforçar o cumprimento dos Direitos das Mulheres durante todos os processos reprodutivos.

Com efeito, a Resolução da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa N.º 2306/2019⁴¹ sobre a violência obstétrica e ginecológica reconhece a violência obstétrica como uma violência de género e assume o seu “empenho em promover a igualdade de género em todas as áreas, o que tornará possível prevenir e combater todas as formas de violência contra as mulheres, incluindo a violência obstétrica e ginecológica”

Estabelece ainda que “a violência obstétrica e ginecológica é uma forma de violência que há muito está escondida e que ainda é frequentemente ignorada” e que “reflete uma cultura patriarcal que ainda é dominante na sociedade, incluindo no campo médico”.

E que

“na privacidade da consulta médica ou de um parto, as mulheres são vítimas de práticas que são violentas ou que podem ser entendidas como tal. Estas incluem atos impróprios ou não consentidos, tais como episiotomias e palpação vaginal realizadas sem consentimento, pressão de fundo ou intervenções dolorosas sem anestesia. Foi também relatado um comportamento sexista no decurso de consultas médicas”.

Por fim, importa destacar a Resolução do Parlamento Europeu sobre a situação da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos da EU (2020/2215(INI))⁴² que refere que

“estão a surgir cada vez mais relatos da violência que as mulheres estão sujeitas em instalações e em atos médicos de prestação de cuidados antes, durante e depois do parto bem como casos generalizados de violência ginecológica e obstétrica, que têm que ser combatidos” neste sentido “exorta os Estados-membros a envidarem todos os esforços possíveis para garantir o respeito dos direitos das mulheres e da sua dignidade

⁴¹ Pode ser consultada em <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=28236&lang=en>. Consultada em 31/06/2021

⁴² Pode ser consultada em [Textos aprovados - Saúde e direitos sexuais e reprodutivos na UE, no contexto da saúde das mulheres - Quinta-feira, 24 de Junho de 2021 \(europa.eu\)](#). Consultada em 31/06/2021

no parto, a condenarem veementemente e a combaterem a violência física e os abusos verbais, incluindo a violência ginecológica e obstétrica, e qualquer tipo de violência com base no género associada aos cuidados pré-natais, parto e pós-natais, fatores que violam os direitos humanos das mulheres e podem constituir formas de violência com base no género.”

Até agora é possível concluir que, é crescente a pronúncia das mais diversas organizações internacionais sobre o tema em discussão, tal facto deve-se à preocupação generalizada e crescente, originada pelo aumento de denúncias que resulta num claro compromisso global no combate a esta forma de violência gratuita e cruel.

4. DIREITOS DA MULHER NO PARTO

É certo que todos os pacientes necessitam da especial atenção dos prestadores de cuidados, mas é ainda mais certo que as mulheres, neste caso as parturientes, necessitam de cuidados especiais, não só pela sua condição física, mas também, e sobretudo, pela sua frágil condição emocional que todo o momento envolve.

A violência obstétrica existe desde sempre, mas só atualmente se começou a ter noção da mesma. Os atos de abuso surgiram de mão dada com a medicalização dos partos⁴³ que antes se realizavam em casa, com auxílio das parteiras. Importa, no entanto, enfatizar que, apesar dos procedimentos médicos salvarem vidas, isto só acontece quando o mesmo é efetuado casuisticamente e nunca de forma rotineira. Toda a intervenção apresenta a possibilidade de efeitos adversos e riscos adicionais que geram a necessidade de mais intervenções com os seus próprios riscos inerentes.

A 19 de Setembro de 2019 foi criada a Lei 110/2019 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 alteração à Lei 15/2014 de 21 de Março.

No seu corpo a lei estabelece, de acordo com as orientações da OMS que são reconhecidos os seguintes direitos:

- a) O direito à informação, ao consentimento informado, ou à recusa informada, e o respeito pelas suas escolhas e preferências – artigo 15ºA nº1 a)
- b) O direito à confidencialidade e à privacidade – artigo 15ºA nº1 b)
- c) O direito a serem tratadas com dignidade e com respeito – artigo 15ºA nº1 c)
- d) O direito de serem bem tratadas e estarem livres de qualquer forma de violência – artigo 15º A nº1 c), d), e)

⁴³ Apesar dos avanços médicos e tecnológicos nos cuidados de saúde materna terem reduzido drasticamente a mortalidade materna e infantil, as intervenções tornaram-se comuns e maior parte das vezes, rotineiras. É certo que, quando utilizadas da forma adequada podem salvar vidas. No entanto quando a utilização passa a ser por mera rotina, podem transformar o parto, que é um processo fisiológico, num mero procedimento médico ou cirúrgico. A medicalização dos partos passa pelo elevado número de intervenções realizadas pela equipa médica. Podendo também falar-se da “cascata de intervenções” conceito que é igualmente utilizado para estas situações.

- e) O direito à igualdade no tratamento que recebem, e a não serem discriminada – artigo 15º A nº1 c), d), e)
- f) O direito a receber os melhores cuidados de saúde e que estes sejam seguros e apropriados – artigo 15ºA nº1 f)
- g) O direito à liberdade, autonomia e autodeterminação, incluindo o direito a não serem coagidas – artigo 15ºA nº1 g)
- h) O direito aos melhores cuidados de saúde conforme a MBE e recomendações da OMS – artigos 15ºA Nº1 f) e 15ºF nº2 e 6
- i) O direito à amamentação – artigo 15ºH
- j) O direito ao alívio da dor – artigo 15ºF nº4
- e) O direito ao acompanhamento – artigo 12º, 13º, 14º, 16º e 17º
- f) O direito à mínima interferência – artigo 15ºF nº2 e 6
- g) O direito à assistência contínua – artigo 15ºG e 18º nº2
- h) O direito a um interprete se necessário – artigo 15ºC nº3
- i) Outros direitos na qualidade de utente: direito de associação, acesso a cuidados de saúde, fazer reclamações/queixas e responsabilização – artigos 9º e 10º

Sendo que estes direitos são igualmente aplicáveis, com as necessárias adaptações, ao pai, a outra mãe ou a pessoa de referência e a todas as pessoas que se encontrem na qualidade de acompanhante nos termos da referida lei.

Os referidos direitos adquirem particular relevância em situações de especial vulnerabilidade nomeadamente:

- a) Na presença de nado morto ou de interrupção da gravidez;
- b) Nas situações de pessoas nos extremos da idade reprodutiva;
- c) Na situação de mãe de nascituro ou criança com deficiência;

- d) Nos casos de vítimas de violência doméstica, de abuso sexual, de práticas nefastas ou tráfico de seres humanos
- e) Nas situações de pobreza extrema, designadamente em situações de rendimentos abaixo do limiar da pobreza ou baixos níveis de literacia;
- f) Na situação de pessoas migrantes e refugiadas.

Em todo o mundo, muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos durante o trabalho de parto e durante o parto nas instituições de saúde. Tal tratamento não viola apenas os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida. Vejamos, então, alguns dos direitos mais importantes, já referidos atrás:

4.1. DIREITO À LIBERDADE DE MOVIMENTOS

Neste sentido a primeira intervenção realizada assim que uma mulher entra num hospital em trabalho de parto é a colocação da mesma numa cama. Ora, estar deitada numa cama ou posição reclinada durante o trabalho de parto pode resultar em⁴⁴:

- i. Contrações de baixa qualidade;
- ii. Distocia⁴⁵;
- iii. Dilatação e estreitamento do cérvix lento;
- iv. Trabalho de parto prolongado;
- v. Problemas na descida do bebé;
- vi. Hipotensão materna;
- vii. Síndrome da veia cava;
- viii. Diminuição do fluxo sanguíneo uteroplacentária;

⁴⁴ Pode consultar em [Cascata de intervenções \(hypnobirthingportugal.com\)](http://Cascata de intervenções (hypnobirthingportugal.com))

⁴⁵ Distocia fetal é a ocorrência de anormalidades de tamanho ou posição fetal, resultando em dificuldades no parto. O diagnóstico é feito por exame clínico, ultrassonografia ou pela resposta à evolução do trabalho de parto. O tratamento é feito por manobras físicas para reposicionamento fetal, parto operatório vaginal ou cesariana vide [Distocia fetal - Ginecologia e obstetrícia - Manuais MSD edição para profissionais \(msdmanuals.com\)](http://Distocia fetal - Ginecologia e obstetrícia - Manuais MSD edição para profissionais (msdmanuals.com))

- ix. Aumento da probabilidade de hemorragia pós-parto;
- x. Aumento de probabilidade da necessidade de segunda anestesia;
- xi. Aumento da taxa de cesarianas por causa do sofrimento fetal ou a falta de progresso;
- xii. Aumento da taxa de nascimentos instrumentais e episiotomia.

Ora, a liberdade de movimento da mulher durante o trabalho de parto é um direito fundamental que não deve nunca ser restringido pois permite que a mulher encontre uma posição confortável para ela tanto durante o trabalho de parto para diminuir a dor como para o período de expulsão. Segundo a OMS a mobilidade da mãe permite uma melhor circulação materna e fetal, um aumento da qualidade das contrações uterinas e facilita a descida do bebê.

Outro procedimento comum que restringe a liberdade de movimento da mulher é o EMF – Monitorização Eletrónica Fetal também conhecido por CTG⁴⁶. Este pode ser feito de forma intermitente ou contínua⁴⁷. Quando feito de forma contínua restringe todo o qualquer movimento da mulher e resulta numa maior taxa de cesarianas e extrações por vácuo. Esta monitorização contínua deve ser realizada apenas em gestantes de alto risco pois restringe os movimentos e impede alterações das posições da mulher, o que, como já acima descrito, provoca inúmeras consequências.

4.2. DIREITO A ALIMENTAR-SE

A falta de alimento durante o trabalho de parto pode causar desidratação materna, cetose⁴⁸, hiponatremia⁴⁹ e aumento do stress materno. Sobre este tema, o American College of Nurse-Midwives⁵⁰ defende que deve ser providenciado à mulher em trabalho de parto de baixo risco a nutrição necessária para evitar situações como a desidratação,

⁴⁶ A cardiocografia é um método biofísico não invasivo de avaliação do bem estar fetal. Consiste no registo gráfico da frequência cardíaca fetal e das contrações uterinas. É classificada em cardiocografia anteparto e intraparto

⁴⁷ [Continuous cardiotocography \(CTG\) as a form of electronic fetal monitoring \(EFM\) for fetal assessment during labour - PubMed \(nih.gov\)](#)

⁴⁸ A cetose é um estado metabólico no qual uma parte do fornecimento de energia do corpo vem de corpos cetônicos no sangue, em contraste com um estado de glicólise no qual a glicose no sangue fornece energia.

⁴⁹ A hiponatremia ocorre quando o corpo contém muito pouco sódio para a quantidade de líquido que contém. O corpo pode ter um volume de líquido excessivo, deficiente ou normal. Em todos os casos, no entanto, o sódio é diluído. Por exemplo, a pessoa com vômito ou diarreia graves perde sódio. Se ela repuser o líquido perdido com apenas água, ocorre a diluição do sódio.

⁵⁰ [American College of Nurse-Midwives | 2019 Home Theme Edits \(midwife.org\)](#)

a cetose e outras⁵¹. Sendo que a alimentação da parturiente de baixo risco não influencia os resultados obstétricos ou neonatais⁵².

O que acontece normalmente é que a mulher é “alimentada” por via intravenosa através do soro onde recebe nutrientes como glicose, potássio e sódio o que, mais uma vez, acaba por limitar a movimentação da mulher uma vez que a impede de caminhar, receber massagens ou ainda tomar um banho para relaxar.

Ora um trabalho de parto de uma “mãe de primeira viagem” leva em média, 8 a 12 horas. É inconcebível que, num momento de elevado esforço corporal a mulher seja impedida de se alimentar. Com efeito, o jejum prolongado pode até mesmo confundir o resultado do CTG levando o médico a acreditar que o bebé está em sofrimento.

É certo que a alimentação oferece riscos à anestesia pois pode provocar queda de pressão, náusea e vômito.

No entanto, quando estamos perante uma parturiente de baixo risco a recomendação atual é de que a grávida se alimente com comidas e bebidas leves, de fácil digestão, no início do trabalho de parto.

Assim, até há bem pouco tempo atrás, acreditava-se que a ingestão de alimentos pela mulher durante o trabalho de parto poderia prejudicar o parto de alguma forma, mas estudos recentes apontaram exatamente o contrário. Não só é permitido comer durante o trabalho de parto, como é necessário permitindo à parturiente obter a energia necessária para todo o processo.

4.3. DIREITO DE RECUSA | CONSENTIMENTO INFORMADO

Segundo a Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e no Parto, cerca de 44% das mulheres não foi consultada sobre as intervenções a que foi sujeita. Existem inúmeros procedimentos que são efetuados por mera rotina e, na maior parte dos casos, repetidamente quando não se verifica essa necessidade. Todas as intervenções e exames devem ser precedidos de uma explicação sobre a necessidade do mesmo e o seu porquê com todas as consequências e benefícios, cumprindo à equipa médica o esclarecimento de todas as dúvidas e questões que surjam.

⁵¹ [Providing oral nutrition to women in labor - PubMed \(nih.gov\)](#)

⁵² [Effect of food intake during labour on obstetric outcome: randomised controlled trial - PubMed \(nih.gov\)](#)

Simultaneamente, deverá ser dado à mulher um tempo de reflexão e ponderação para que seja possível uma resposta consciente e livre de pressão, que deve ser sempre respeitada. Não obstante o parto ser considerado uma situação urgente, nem por isso deve a vontade da mulher e o seu direito ser menosprezados.

Sobre este tema estabelecem os nº 5 e 6 do artigo 15ºE da lei 110/2019 que

“Em todo o processo do parto é assegurado o cumprimento do consentimento informado, esclarecido e livre, por parte da mulher grávida” e ainda que “A mulher grávida pode a todo o tempo, inclusive durante o trabalho de parto, modificar as preferências manifestadas previamente no plano de nascimento”

Como exemplo dessa situação temos o exame vaginal utilizado para verificar as alterações cervicais em trabalho de parto. É das intervenções que mais é realizada sem o consentimento informado.

Outra intervenção que deve ser protegida pelo direito de recusa é a indução. Cada vez mais é frequente a utilização de induções por ocitocina⁵³ muitas vezes antecedidas por inserções de prostaglandina⁵⁴ para o amadurecimento cervical. Isto acontece para que se inicie mais rapidamente o processo de contrações que, inevitavelmente, irá resultar num aumento do uso de anestesia regional⁵⁵. Por sua vez, o aumento do uso da anestesia regional está relacionado com a hiper estimulação uterina, rutura uterina e sofrimento fetal. Com todos os riscos associados, no processo de indução é necessária uma permanente monitorização eletrónica fetal o que, mais uma vez, compromete a liberdade de movimentação da mulher bem como o seu conforto.

⁵³ Ocitocina ou oxitocina é um hormônio produzido pelo hipotálamo e armazenado na hipófise posterior (neuro-hipófise) tendo como função: promover as contrações musculares uterinas; reduzir o sangramento durante o parto; estimular a libertação do leite materno; desenvolver apego e empatia entre pessoas; produzir parte do prazer do orgasmo; e modular a sensibilidade ao medo (do desconhecido). A ocitocina é um hormônio relacionado com a estrutura óssea e segundo pesquisas, ela pode ser usada no controle e na prevenção da osteoporose via Pitkin, B Peattie, A. Magowan, Joan Alison, Brian, *Obstetrics and Gynaecology an illustrated colour text*, Churchill Livingstone, 2003

⁵⁴ Prostaglandinas são sinais químicos celulares lipídicos similares a hormônios, porém que não entram na corrente sanguínea, atuando apenas na própria célula e nas células vizinhas (resposta parácrina). São produzidas por quase todas as células, geralmente em locais de dano tecidual ou infeção, pois estão envolvidos em lidar com lesões e doenças. Elas controlam os processos, tais como a inflamação, o fluxo de sangue, a formação de coágulos de sangue e a indução do trabalho de parto. Eles podem ser usados para tratar úlceras do estômago, glaucoma e doença cardíaca congênita em recém-nascidos via Pitkin, B Peattie, A. Magowan, Joan Alison, Brian, *Obstetrics and Gynaecology an illustrated colour text*, Churchill Livingstone, 2003

⁵⁵ A anestesia regional comporta riscos tanto para a mãe como para o bebê e pode resultar em contrações de má qualidade e no prolongamento do trabalho de parto. O uso deste tipo de anestesia esta muitas vezes relacionado com o aumento de partos assistido-instrumental e/ou cirurgia cesariana. As mulheres que recebem este tipo de anestesia relatam um aumento da incidência de temperatura elevada, um aumento de dores nas costas, retenção urinária, bexiga distendida e recuperação da bexiga alongada. Já os filhos dessas mulheres apresentam também uma maior incidência em febre e sepsis neonatal.

Como se não bastasse todos estes riscos, a indução do parto pode ainda criar uma lesão cervical na mulher, afetando gravidezes subsequentes.

A ocitocina, quando utilizada de forma inadequada pode causar natimortos⁵⁶; ruturas de úteros e pode causar dor insuportável à mãe se não for acompanhada de alívio apropriado da dor.⁵⁷

Ressalvando que o nº2 do artigo 15ºF refere que “A mulher e recém-nascido devem ser submetidos apenas às práticas necessárias durante o trabalho de parto, parto e período pós-natal [...]”

Assim, é fundamental que a informação seja dada de forma clara e concisa de forma que a mulher consiga tomar uma decisão atempada. Quando a informação é fornecida sem espaço a esclarecimentos adicionais não se pode considerar que houve um consentimento informado.

É aqui que entra a importância do plano de parto.⁵⁸ Sobre este tema podemos ler no artigo 3º da Lei 15/2014 que:

“1 - O consentimento ou a recusa da prestação dos cuidados de saúde devem ser declarados de forma livre e esclarecida, salvo disposição especial da lei.

2 - O utente dos serviços de saúde pode, em qualquer momento da prestação dos cuidados de saúde, revogar o consentimento.”

Também se pode ler no artigo 7º que:

⁵⁶ Natimorto é a morte de um feto após 20 semanas de gestação.

⁵⁷ Vide [Labor stimulation with oxytocin: effects on obstetrical and neonatal outcomes \(nih.gov\)](#)

⁵⁸ “O plano de parto é recomendado pela Organização Mundial de Saúde e consiste na elaboração de uma carta pela mulher grávida, com a ajuda do obstetra e durante a gravidez, onde ela regista as suas preferências em relação a todo o processo do parto, procedimentos médicos de rotina e cuidados do recém-nascido.

Esta carta tem como objetivo personalizar um momento que é muito especial para os pais do bebê e mantê-los mais informados acerca dos procedimentos de rotina que são realizados durante o trabalho de parto. A melhor maneira de apresentar um plano de parto é em forma de carta, que é muito mais pessoal do que um modelo retirado da internet e dará à parteira uma ideia da personalidade da mãe.

Para realizar o plano de parto, é importante que a gestante disponha de toda a informação necessária e, para isso, pode frequentar aulas de preparação para o parto, conversar com o obstetra e ler alguns livros sobre o assunto.

O objetivo do plano de parto é atender às preferências da mãe em relação a todo o processo de parto, incluindo a execução de alguns procedimentos médicos, desde que sejam baseadas em informações cientificamente comprovadas e atualizadas.

No plano de parto, a grávida pode mencionar se prefere ser assistida por mulheres, se tem preferência no que diz respeito ao alívio da dor, o que pensa sobre a indução do parto, se pretende que se proceda a uma rutura de águas, caso seja necessário, se prefere uma monitorização contínua do feto, desde que esteja devidamente informada que este último caso a impedirá de se levantar e movimentar durante o parto.” Via [O que é o Plano de Parto e Como Fazer - Tua Saúde \(tuasaude.com\)](#)

“1 - O utente dos serviços de saúde tem o direito a ser informado pelo prestador dos cuidados de saúde sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado.

2 - A informação deve ser transmitida de forma acessível, objetiva, completa e inteligível.”

A questão do consentimento informado e do direito de recusa assume aqui uma especial e importante relevância pois é frequente o desrespeito pelos mesmos, comportando uma situação gravíssima e digna de proteção jurídica.

Sobre este tema vejamos o Acórdão do Supremo Tribunal Administrativo relativo ao processo 093/12 de 9 de Maio de 2012 onde se trata de um caso onde a mulher sofreu uma infeção perineal grave decorrente do parto, acabando por ser submetida a múltiplas cirurgias corretivas, algumas delas sem anestesia, resultando num cenário de dor física constante, depressão e choque psicológico. O Acórdão refere que

“Em nenhum momento da prova - testemunhal ou documental - produzida em audiência, permite concluir por um qualquer “quadro clínico” de “urgência” ou de “emergência” médicas que tornasse a A. incapaz de decidir, ou seja, que permitisse, em “estado de necessidade”, sujeitar a A. a uma intervenção cirúrgica, presumindo-se o seu consentimento, sendo certo que a matéria de facto dada como assente refere que a A. não prestou consentimento à realização da referida episiotomia apenas por ser um tipo de intervenção frequente. A dispensa de consentimento fundada na invocada “frequência” da intervenção, i. é, pelo uso rotineiro da intervenção cirúrgica a que a A. foi sujeita, não merece a tutela do Direito. A medicina é uma atividade de risco, sendo que, no caso da episiotomia, são sobejamente conhecidas pela ciência médica as complicações associadas àquela, a saber: infeção; hematoma; roturas do períneo graus III e IV; celulite; deiscência; abscesso, incontinência de gases; incontinência de fezes; fístula rectovaginal; lesão do nervo pudendo; fascíte necrosante e morte (cfr. BÁRBARA BETTENCOURT BORGES, FÁTINA SERRANO, FERNANIDO PEREIRA, Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Lisboa, “EPISIOTOMIA - Uso generalizado versus seletivo”; Artigo Revisão, in ACTA MÉDICA PORTUGUESA, 2003). Na ausência de tal consentimento, a intervenção médica cirúrgica está ferida de ilicitude com a conseqüente responsabilidade da Ré enquanto unidade prestadora de cuidados de saúde, pela atuação dos médicos ao seu serviço, pelos danos patrimoniais e não patrimoniais resultantes de uma intervenção cirúrgica arbitrária. O nosso ordenamento jurídico consagra não apenas o direito a ser informado como o direito ao consentimento e ao dissentimento livres e esclarecidos de modo que a informação seja prestada de forma clara, incidindo sobre o estado de saúde, atendendo-se à personalidade, grau de instrução e às condições clínicas e psíquicas do paciente, contendo a informação elementos relacionados com o diagnóstico, prognóstico, tratamento a efetuar, riscos associados e eventuais tratamentos alternativos, sob pena de estarmos perante uma intervenção ou tratamento arbitrários por não terem sido consentidos. Impunha-se in casu o dever dos(as) médicos(as) ao serviço da Ré de informar e obter o consentimento da A. previamente à intervenção médico-cirúrgica em que se traduziu a episiotomia a que a A. foi sujeita a qual, como efetivamente se constata da Literatura Médica supra citada, comporta riscos significativos. No vertente caso, de

acordo com a matéria de facto dada como assente, a A., logo após a episiotomia a que foi sujeita - por razões simplesmente ligadas à sua (elevada) frequência, padeceu um conjunto de sequelas subsequentes que são descritas na literatura médica da especialidade obstétrica como riscos associados àquela intervenção cirúrgica já então conhecidos, a saber: hemorragia, hematoma do períneo, infeção do períneo e a fístula retovaginal.

26. Só através do consentimento devidamente esclarecido sobre os riscos associados à realização da episiotomia permitiria transferir para a A. a responsabilidade pelas consequências negativas daquela intervenção médico-cirúrgica que, de outro modo, sem aquele consentimento, terão de ser suportados pela Ré, porquanto a ilicitude, no tipo de obrigações a que a Ré estava sujeita - nomeadamente de tratar a A. pelos meios mais adequados, humanamente, com prontidão, correção técnica e privacidade - mas também com o respeito pela sua decisão em receber ou recusar a prestação de cuidados que lhe fosse proposta - está equiparada à omissão da mais elevada medida de cuidado exterior, ou seja, dos melhores cuidados possíveis de acordo com as leis da arte ou da ciência médica.”

A situação discutida neste acórdão é um exemplo claro do que acontece quotidianamente nas maternidades portuguesas e um exemplo claro da violação do direito à autodeterminação, do direito de recusa, do direito à informação, do direito à liberdade, do direito à integridade moral, do direito à integridade física, do direito à dignidade e por aí em diante ...

Na minha opinião, estas situações encontram-se dentro do âmbito do artigo 156º do Código Penal português pois, o facto de uma mulher entrar em trabalho de parto e dirigir-se ao serviço hospitalar não pode resultar num consentimento geral de todos os procedimentos que dali advenham. Só o consentimento esclarecido em relação a cada ato é considerado eficaz para efeitos do art.156.º como resulta do art. 157.º do Código Penal Português. Tal implica que seja necessário haver uma conversa e uma explicação entre a equipa médica e a mulher sobre tudo o que esta a acontecer e, é necessário que haja autorização para todos e quaisquer procedimentos, atos, técnicas que sejam necessárias, exceto em situações de urgência devidamente fundamentadas pela impossibilidade de consentimento, em tempo útil, da mulher.

O que acontece geralmente, situação que é completamente condenável, é a utilização do consentimento presumido (quando se pode obter consentimento expreso) e do consentimento tácito (quando se presume pela conduta do paciente) para justificar os procedimentos.

O facto de ser realizada uma intervenção/procedimento sem o consentimento da mulher, com ou sem danos, é alvo de penalização no ordenamento jurídico, como se pode retirar do já citado artigo.º 156.º do CP.

Quer no âmbito do direito penal (art.157º do CP), quer no âmbito do direito civil, a omissão total de informações constitui uma gravíssima violação do direito ao consentimento esclarecido, direito esse que se encontra previsto e regulado também no Código Deontológico dos Médicos no seu artigo 44º e seguintes.

4.4. DIREITO A UM PARTO SEGURO, ASSISTIDO E HUMANIZADO

Nesta senda é importante ressaltar que deve assistir, sempre, o direito de a parturiente ser tratada com respeito pela sua liberdade e dignidade sendo evitado todo e qualquer tratamento que possa envolver a desumanização do atendimento.

Neste ponto é importante ressaltar o respeito pelos direitos fundamentais da bioética: a autonomia (dar oportunidade à parturiente de decidir sobre as questões que envolvam o seu parto e o seu corpo) através de técnicas médicas que beneficiem a mulher, tanto fisicamente como psicologicamente, mas também o recém-nascido.

Este direito destina-se a garantir a promoção do bem-estar da mãe e do recém-nascido, com a assistência devida, quando necessária. A humanização do parto não envolve apenas o tratamento condigno da mulher, inclui também o direito a um ambiente acolhedor, à adoção de práticas benéficas no âmbito da assistência à mãe e ao filho.

Tal é passível de verificação na Lei 15/2014 que consolida a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde no seu artigo 4º

“ 1 - O utente dos serviços de saúde tem direito a receber, com prontidão ou num período de tempo considerado clinicamente aceitável, consoante os casos, os cuidados de saúde de que necessita.

2 - O utente dos serviços de saúde tem direito à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos.

3 - Os cuidados de saúde devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente.”

Já o Código Deontológico dos Médicos também assim o impõe, nos artigos 6º (tratamento não discriminatório), 31º (dignidade do paciente), 39º (respeito pelo paciente), 55º (dever de respeitar a vida humana desde o seu início).⁵⁹

4.5. DIREITO A DECIDIR SOBRE O PARTO

Mais uma vez se destaca aqui a importância de dar autonomia à grávida enquanto paciente. Assistindo indubitavelmente e necessariamente o direito de decidir sobre o seu parto nomeadamente, o direito à escolha informada sobre os procedimentos. É aqui que entra a importância de um plano de parto e de uma escolha informada.

A este propósito cumpre indicar novamente a Lei 15/2014 no seu artigo 2º que o deixa bem claro:

“1 - O utente dos serviços de saúde tem direito de escolha dos serviços e prestadores de cuidados de saúde, na medida dos recursos existentes.

2 - O direito à proteção da saúde é exercido tomando em consideração as regras de organização dos serviços de saúde.”

4.6. DIREITO AO ALÍVIO DA DOR

O processo de parir é talvez uma das tarefas mais dolorosas que a mulher tem de enfrentar. Durante todo este processo é fundamental que haja compreensão, compaixão e apoio por parte da equipa médica e todos os envolventes. Sucede que, na análise dos vários relatos de parto, é recorrente a queixa por parte da mulher que descreve situações em que as suas queixas relacionadas com a dor foram ignoradas. Isto acontece porque as dores do parto ainda são entendidas como uma retribuição resultado do “pecado” cometido pela mulher e uma algo necessário e inevitável.

O alívio da dor que se coloca, mais no âmbito do parto natural ou vaginal, é um direito consagrado à mulher que, infelizmente, é várias vezes desrespeitado. O recurso a anestésias, massagens, epidural ou banhos são procedimentos que aliviam a dor da mulher durante todo o processo. Importa ressaltar que neste direito existe a vertente do alívio da dor, como a vertente de não provocar a dor, com o uso de ocitócicos, manobras e episiotomia sem anestesia.

⁵⁹ Vide [:::Regulamento n.º 14/2009, de 13 de Janeiro \(pgdlisboa.pt\)](http://www.pgdlisboa.pt)

4.7. DIREITO AO ACOMPANHAMENTO

Talvez um dos direitos mais importantes e que, atualmente, face à pandemia do SARS-CoV-2 não é totalmente cumprido é o Direito ao acompanhamento. A mulher tem direito a um acompanhante, podendo o acompanhante ser qualquer pessoa à escolha. O direito a um acompanhante abrange o parto normal e o parto cirúrgico. Sobre este tema veio a DGS emitir a orientação 018-2020⁶⁰.

São evidentes os benefícios fisiológicos que o parto, uma vez realizado com acompanhamento, traz para a mulher e para o recém-nascido. Quando a mulher é acompanhada no parto por uma pessoa da sua confiança e com quem nutre laços de afetividade, esta sente-se mais confiante, menos ansiosa o que conseqüentemente, diminui o tempo de parto.

Existem inúmeros relatos de mulheres que, ao não serem acompanhadas por alguém próximo, descrevem a experiência como negativa e traumática.

⁶⁰ “As unidades hospitalares devem assegurar as condições necessárias para garantir a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto (15–17). Para tal, o acompanhante:

- a. Deve realizar um questionário clínico e epidemiológico dirigido nos termos da Norma 019/2020;
- b. Deve fazer-se acompanhar de um teste molecular de SARS-CoV-2 (com resultado negativo) realizado nas 72h anteriores ao internamento. No caso da grávida que é admitida em trabalho de parto espontâneo, cujo acompanhante não apresente o resultado do teste programado, deve ser realizado um teste laboratorial para SARS-CoV-2 nos termos da Norma 019/2020 da DGS, preferencialmente um teste de amplificação de ácidos nucleicos (TAAN);
- c. Deve ser apenas um, sem troca de acompanhantes;
- d. Deve cumprir as regras de higienização de mãos, etiqueta respiratória, distanciamento físico, utilização de máscara cirúrgica, e as demais regras da unidade hospitalar e orientações dos profissionais de saúde;
- e. Deve evitar o contato com todos os outros utentes internados;
- f. De forma a diminuir a possibilidade de transmissão da infeção, recomenda-se que haja limitação às entradas e saídas do acompanhante.

Quando a presença de acompanhantes não puder ser assegurada de forma segura, podem ser consideradas medidas excepcionais de restrição de acompanhantes, desde que sejam proporcionadas e fundamentadas no risco de infeção por SARS-CoV-2. Estas situações devem ser devidamente explicadas aos acompanhantes.

No caso das mulheres grávidas com COVID-19 pode ser considerada a restrição da presença de acompanhante, sempre que as condições existentes não assegurem a diminuição da propagação da infeção por SARS-CoV-2 a pessoas que possam vir a estar envolvidas nos cuidados ao recém-nascido no seio familiar.” [Orientação_018_2020_act_20_04_2021.pdf \(min-saude.pt\)](#)

Este direito é completamente expresso de forma clara e inequívoca na Lei 15/2004 no seu artigo 12⁰⁶¹, no artigo 16⁰⁶², no artigo 17⁰⁶³ e no artigo 32⁰⁶⁴

O/A médico(a) deve respeitar este direito da mulher, constando a sua referência na Deontologia médica (artigo 54⁰).⁶⁵

Considera-se assim desrespeitado este direito sempre que há restrição na escolha do acompanhante, do tempo de permanência do mesmo, ou até, quando é negado por completo o direito ao acompanhamento quando se trata de um parto por cesariana.

4.8. DIREITO À AMAMENTAÇÃO E AO ACONCHEGO DO BEBÉ

Assim que o bebé nasce deve ser colocado em contacto com a mãe pele a pele. Diversos estudos já demonstraram que essa proximidade promove uma série de benefícios tanto para a mãe quanto para o recém-nascido, principalmente aqueles que nasceram prematuros ou com muito baixo peso. A estimulação, ainda na maternidade, do vínculo entre mãe e filho, proporciona um desenvolvimento mais saudável dessas crianças ajudando no processo de amamentação, acalmando o bebé, diminuindo o stress da mulher e do recém nascido, aliviando a dor e reduzindo o risco de infeções.

⁶¹ : “1 - Nos serviços de urgência do SNS, a todos é reconhecido e garantido o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada, devendo ser prestada essa informação na admissão pelo serviço.

2 - É reconhecido à mulher grávida internada em estabelecimento de saúde o direito de acompanhamento, durante todas as fases do trabalho de parto, por qualquer pessoa por si escolhida.

⁶² : “1 - O direito ao acompanhamento pode ser exercido independentemente do período do dia ou da noite em que o trabalho de parto ocorrer.

2 - Na medida necessária ao cumprimento do disposto na presente lei, o acompanhante não será submetido aos regulamentos hospitalares de visitas nem aos seus condicionamentos, estando, designadamente, isento do pagamento da respetiva taxa.”

⁶³ “ 1 - O acompanhamento pode excepcionalmente não se efetivar quando, em situações clínicas graves, for desaconselhável e expressamente determinado pelo médico obstetra.

2 - O acompanhamento pode não ser exercido nas unidades onde as instalações não sejam consentâneas com a presença do acompanhante e com a garantia de privacidade invocada por outras parturientes.

3 - Nos casos previstos nos números anteriores, os interessados devem ser corretamente informados das respetivas razões pelo pessoal responsável.”

⁶⁴ “1 - As administrações hospitalares devem considerar nos seus planos a modificação das instalações e das condições de organização dos serviços, de modo a melhor adaptarem as unidades existentes à presença do acompanhante da grávida, nomeadamente através da criação de instalações adequadas onde se processe o trabalho de parto, de forma a assegurar a sua privacidade.

2 - Todos os estabelecimentos de saúde que disponham de internamentos e serviços de obstetria devem possibilitar, nas condições mais adequadas, o cumprimento do direito de acompanhamento de mulheres grávidas.”

⁶⁵ Artigo 54.º

(Acompanhante do doente e limitação de visitas)

1 - O médico respeitará o desejo do doente de fazer-se acompanhar por alguém da sua confiança, exceto quando tal possa interferir com o normal desenvolvimento do ato médico.

2 - O médico pode limitar o horário e a duração das visitas de terceiros aos doentes sob sua responsabilidade, se entender necessário à saúde do doente ou à defesa dos direitos de terceiros, tendo em vista o normal funcionamento dos serviços.

É de notar que, quanto mais tempo o recém nascido for afastado da mãe, mais difícil será o início da amamentação pelo que é de destacar a importância e o respeito deste direito.

4.9. DIREITO À PRIVACIDADE E À CONFIDENCIALIDADE

Sobre este tema estabelece o artigo 5º e 6º da Lei 15/2014 que o utente dos serviços de saúde é titular dos direitos à proteção de dados pessoais e à reserva da vida privada, bem como que o utente dos serviços de saúde tem direito ao sigilo sobre os seus dados pessoais. Estando ainda consagrado a violação deste direito no artigo 192º do Código Penal (devassa da vida privada) e no artigo 195º (violação de segredo profissional) também este do Código penal e nos artigos 85º e seguintes do Código Deontológico dos Médicos. Este direito traduz-se também na faculdade da mulher puder ou não permitir a entrada de pessoas alheias à realização do parto, como forma de preservar a sua intimidade.

Este direito é fundamental pois ainda continuam a existir relatos como “ fui observada quase de hora a hora, com turmas inteiras a assistir. Senti que perdi todo o controlo sobre o meu corpo e a minha intimidade.”⁶⁶

4.10. DIREITO À MÍNIMA INTERFERÊNCIA

Assiste à mulher o direito em querer que o seu parto decorra com a menor intervenção médica possível, sendo respeitado o seu ritmo biológico para dar à luz. Este direito passa pela não realização de intervenções genéricas, frequentes e desnecessárias por mera conveniência médica.

A este respeito a OMS emitiu novas diretrizes para estabelecer padrões de atendimento globais para mulheres grávidas saudáveis e reduzir intervenções médicas desnecessárias, nas quais recomenda que o pessoal médico não interfira no trabalho de parto de uma mulher de forma a acelerá-lo, a menos que existam riscos reais de complicações.

⁶⁶ Vide [Experiências Parto Portugal 2012-2015.pdf \(associacaogravidezeparto.pt\)](#)

4.11. DIREITO À RESPONSABILIZAÇÃO

O direito que surge como consequência necessária de todos os outros. O direito à responsabilização garante à mulher a segurança de que, se tudo correr de forma inesperada e ilícita, terá o apoio do ordenamento jurídico para fazer valer as suas pretensões. Assim, a mulher tem o direito a ver ressarcido os danos que advêm dos abusos sofridos, sejam eles obstétricos, físicos, sexuais ou psicológicos. Neste sentido deve operar a via de responsabilização civil ou contratual conforme a instituição em que ocorreu o parto seja pública ou privada e também, nos casos que assim se verificar, a responsabilização penal.

Todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante a gravidez, o trabalho de parto e o parto, assim como o direito a estar livre de qualquer forma de violência.

5. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO ESTRANGEIRO

Embora a violência obstétrica esteja só agora a ser explorada, não se trata de um fenómeno recente. O termo ganhou popularidade a partir de duas iniciativas legislativas latino americanas que acabaram por criar o conceito da violência obstétrica. Hodiernamente, há vários países que já debatem este tema como é o caso de Portugal, no entanto esta discussão já se iniciou há largos anos nomeadamente nos países da América Latina.

Assim, a primeira legislação criada sobre a violência obstétrica partiu da Venezuela em 2007 na *“Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia”*⁶⁷. Neste diploma, assistimos não só a penalização da violência obstétrica como também a penalização de todas as formas de violência contra as mulheres. Seguida da Venezuela, surgiram leis dos mais variados países latino americanos. Já na Europa e nos Estados Unidos da América não se conhece ainda legislação acerca deste fenómeno. Já em 1996, a OMS engendrou um guia de boas práticas a executar nos partos. Nesse guia, a OMS criou quatro grupos relativos às práticas:

- a) Grupo A – Práticas Benéficas
- b) Grupo B – Práticas danosas ou ineficientes
- c) Grupo C – Práticas inconclusivas sobre as quais não há evidências dos seus
- d) Grupo D – Práticas benéficas, mas utilizadas de modo abusivo

Nesta senda, veio a OMS reconduzir muitas das práticas utilizadas nas maternidades para o grupo B como a tricotomia, a lavagem intestinal, o jejum, o soro de rotina etc. Por sua vez, a cesariana e a episiotomia foram reconduzidas ao Grupo D. De relembrar que isto sucedeu-se em 1996 e ainda hoje estes procedimentos são aplicados de forma rotineira.

De volta ao ordenamento jurídico venezuelano, o mesmo prevê no artigo 51º que a violência obstétrica:

“Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en: 1. No atender oportuna y eficazmente las

⁶⁷ Pode ser consultada em [Ley N° 38.668 del 23 de abril de 2007 - Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia \(acnur.org\)](#)

emergencias obstétricas. 2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical. 3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer. 4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. 5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.”⁶⁸

A violência obstétrica, na Venezuela, é punida com pena de multa entre as 250 unidades de conta e as 500 unidades de conta, sendo também passível de responsabilidade civil.

Depois da Venezuela, a Argentina, em 2009, legislou também sobre a violência obstétrica através da Ley Nº 25.929/2004 (Ley Nacional de Parto Respetado) e da Ley Nº 26.485 (Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales) também de 2009 que define a violência obstétrica no seu artigo 6º alínea e)

“Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929.”⁶⁹ Que “ênfatiza explicitamente os direitos de mulheres, recém-nascidos, companheiros de parto e famílias.”⁷⁰

Apesar disso, a legislação argentina não prevê penalizações para os profissionais de saúde que a praticam.

O Estado Plurinacional da Bolívia aprovou também uma lei sobre a violência nos serviços de saúde, com especial focalização nas mulheres grávidas. Mais, a lei utiliza um novo termo, ‘violência contra os direitos reprodutivos’ que se expande além dos

⁶⁸ Tradução: Atos que constituam violência obstétrica serão considerados aqueles executados por pessoal de saúde, consistindo em:

1. Falha em responder a emergências de maneira oportuna e eficaz obstétrica.
2. Forçar a mulher a dar à luz na posição supina e com o pernas levantadas, se existirem os meios necessários para entrega vertical.
3. Para impedir o apego precoce da criança com seus mãe, sem justa causa médica, negando-lhe capacidade de carregar ou carregar e amamentar ou amamentar imediatamente ao nascer.
4. Altere o processo natural do parto de baixo risco, através do uso de técnicas de aceleração, sem obter o voluntário, expreso e informado da mulher.
5. Pratique o parto por cesariana, existente condições para o parto natural, sem a obtenção do consentimento voluntário, expreso e informado do mulher.

⁶⁹ Tradução: Violência obstétrica: aquela que os profissionais de saúde exercem sobre o corpo e os processos reprodutivos das mulheres, expressa no tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, de acordo com a Lei 25.929.

⁷⁰ Em C.R. Williams, C. Jerez, K. Klein, M. Correa, J. M. Belizán, G. Cormick, “Obstetric violence: a Latin American legal response to mistreatment during childbirth”, BJOG, An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2018.

conceitos de violência obstétrica já utilizados pela Argentina e pela Bolivariana República da Venezuela onde inclui o aborto espontâneo e amamentação.

Também na Colômbia foi já apresentado um Projeto Lei que visa prevenir e sancionar a violência obstétrica.

No que toca aos países da Europa, onde o tema começou a ser abordado mais recentemente, Itália foi a pioneira tendo já apresentado um projeto de lei que visa a criminalização da violência obstétrica ⁷¹ dizendo no seu preâmbulo que *“La presente proposta di legge mira a promuovere il rispetto dei diritti della partoriente e del neonato durante il parto ospedaliero ed extraospedaliero”*⁷²

É sabido também que Espanha e França já iniciaram o debate para incluir a violência obstétrica na legislação.

Com efeito, Espanha foi condenada pela ONU a indemnizar uma mulher pela violência obstétrica sofrida durante o parto.

“Os dez toques vaginais, a indução com ocitocina e a episiotomia, entre outros procedimentos desnecessários e sem consentimento aos quais foi submetida, representaram violência obstétrica, uma forma de violência de gênero reconhecida pela ONU, “que lhe causou um trauma físico e mental duradouro”.

A mulher relata ainda que, quando recorreu à justiça espanhola foi vítima de *“estereótipos de gênero e discriminação”*, segundo a resolução do Comitê das Nações Unidas para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher (CEDAW) que condenou a Espanha a indemnizar esta mulher e incentivou o estado a *“ formar profissionais de saúde e juízes para evitar essas situações e fazer estudos para dar visibilidade ao problema e orientar as políticas públicas.”*⁷³

Já em Portugal, a violência obstétrica, por si só, não é considerada crime. No entanto, a verdade é que alguns dos atos considerados como violência obstétrica podem enquadrar-se noutros tipos de crimes já previstos como por exemplo ofensas à integridade física (Art. 143º e ss do CP), intervenções médico-cirúrgicas arbitrárias (sem consentimento livre e esclarecido) (Art. 156º do CP), mutilação genital feminina (Art. 144º - A do CP), recusa de médico (não há assistência ou há mas de forma tardia) (Art.

⁷¹ [Progetto di legge della 17legislatura \(camera.it\)](#)

⁷² Tradução: “Este projeto de lei visa promover o respeito aos direitos da gestante e do recém-nascido durante partos hospitalares e extra-hospitalares”

⁷³ Pode ser consultado em [N2008221.pdf](#)

284º do CP), devassa da intimidade/vida privada (Art. 192º do CP), violação do segredo médico (Art. 383º do CP), injúria (Art.181º do CP), ameaça (Art.153º do CP) e coação (Art. 154º do CP).

Tendo em conta este cenário, o que acontece atualmente é que, em situações de violência obstétrica, as poucas mulheres que apresentam queixa, fazem-no com fundamento em crimes que já estão previstos no CP Português. No entanto, é obvio que o facto de não haver uma previsão legal específica para este tipo de crime na sua dimensão global, acaba por inibir as mulheres de apresentarem queixa uma vez que , aparentemente o tipo de conduta a que foram sujeitas não tem um tipo de crime próprio. No entanto, na minha opinião, as várias formas de violência obstétrica têm particularidades que justificam a sua individualização como crime não podendo ser subsumidas a outros tipos de crime já legalmente previstos, pois ou não contém os elementos necessários para o preenchimento dos tipos já existentes ou os tipos existentes não conseguem abarcar toda a ilicitude e culpa envolvidas em certas práticas incluídas neste fenómeno de enorme gravidade e censurabilidade.

Não obstante, o legislador já mostrou que caminha no sentido da consagração da violência obstétrica em Portugal como tipo de crime autónomo com a aprovação da já referida Lei nº 110/2019 de 9 de Setembro⁷⁴ que estabelece os princípios, direitos e deveres aplicáveis em matéria de proteção na preconcepção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério, procedendo à segunda alteração à Lei n.º 15/2014, de 21 de março.⁷⁵

⁷⁴ [Lei 110/2019, 2019-09-09 - DRE](#)

⁷⁵ “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.”

6. ENQUADRAMENTO JURÍDICO-PENAL DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

6.1. DELIMITAÇÃO DOS ATOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA JÁ PREVISTOS E AINDA NÃO PREVISTOS NO CÓDIGO PENAL

Como já foi referido ainda que frequentemente presente nos partos hospitalares em Portugal, a violência obstétrica não é um fenómeno expressamente reconhecido como crime autónomo pela legislação portuguesa, não existindo qualquer tipificação deste(s) comportamentos no Código Penal Português, e, conseqüentemente, a sua correta conceptualização no ordenamento jurídico português.

Assim, numa primeira análise, é possível concluir que de modo geral, a maior parte dos direitos da mulher no parto, uma vez infringidos, não encontra enquadramento legal que garanta a sua plena tutela. Importa, então, analisar dentro dos vários atos de violência obstétrica os que já se encontram previstos e dessa forma tutelados pelo direito penal e quais os que ficam de fora. Neste ponto, importa destacar que existem certas violações de direitos das mulheres durante o trabalho de parto, no parto, no puerpério e outros processos reprodutivos que realmente têm plena correspondência a um tipo legal, como por exemplo os artigos 156º e 157º do Código Penal, que tutelam o direito à informação e ao consentimento esclarecido antes de uma intervenção médica e ainda, os artigos 192º e 195⁷⁶ do Código Penal que tutelam a violação do direito à proteção dos dados pessoais e a reserva da vida privada.

Ora, o crime previsto no artigo 156º do CPP apresenta-se mais como uma infração contra a integridade física do que como um delito contra a liberdade das pessoas, apesar de não deixar de o ser, uma vez que se encontra subjacente o direito individual de liberdade de escolha quando ao modo, tempo e lugar das intervenções médicas.

Parece-me que a principal preocupação do legislador foi censurar os atos de natureza médica que sejam levados a cabo sem o necessário consentimento informado do paciente.

Analisando as normas do Código Penal Português podemos concluir que os atos de natureza médica não são ofensas corporais, se consentidos e obedecendo ao

⁷⁶ Artigo 195.º Violação de segredo

Quem, sem consentimento, revelar segredo alheio de que tenha tomado conhecimento em razão do seu estado, ofício, emprego, profissão ou arte é punido com pena de prisão até 1 ano ou com pena de multa até 240 dias.

condicionalismo do artigo 150º nº1, ou são crimes contra a liberdade caso tenham sido conduzidos sem o consentimento do paciente, artigo 156º nº1.

O artigo, ao referir-se ao sujeito passivo do delito, fala em paciente. Este define-se como a pessoa que é vítima de um processo patológico, em ato agudo ou crónico, com fenómenos de funcionalidade alterada, referíveis em regra a um *subtractum* de alteração orgânica. Isto é, o paciente é aquele que está doente.

Aqui se inicia o problema no que toca a esta temática, a mulher grávida não está doente, a gravidez não é uma doença é uma condição, não devendo ser tratada como as demais doenças, mas já lá iremos.

O nº2 do artigo 156º veio aumentar o âmbito do consentimento presumido que resulta da regra do nº2 do artigo 39º do CPP, não exigindo para a eficácia deste a sua presunção, antes pelo contrário, exige a não presunção como limite das práticas. Isto é, enquanto no âmbito do nº2 do artigo 39º tem que se presumir o consentimento para ele ser eficaz, no caso do artigo 156º a não punibilidade decorre desde que não seja de presumir a recusa do consentimento. Contemplando-se assim, negativamente, as condições objetivas de punibilidade.

A presunção da não recusa não pode ser suficiente nos casos de violência obstétrica, é necessário que o consentimento seja dado de forma clara, informada e ciente.

Já o nº3 do mesmo artigo, contempla o erro negligente, traduzido na intervenção sem consentimento, mas no convencimento, errado, de que o mesmo existia. Nestas situações o agente será punido sempre que não cuide de averiguar se estavam ou não reunidos os pressupostos que conferem a relevância jurídica ao consentimento. No entanto, só é punida a negligência grosseira, ou seja, quando está perfeitamente ao alcance do agente evitar uma representação falsa dos pressupostos do consentimento.

Parece-me aqui, que, a linha do “perfeitamente ao alcance” é uma linha muito ténue, passível de muitas interpretações o que pode levar a um incorreto julgamento em casos de violência obstétrica.

No que importa ao artigo 157º a finalidade deste é a de permitir o conhecimento do seu estado de saúde e daquilo que a medicina pode por ao serviço da sua recuperação. O dever de informação permite que exista um consentimento, ou não, dado de forma séria, livre, esclarecida e informada.

Como bem sabemos, raras são as vezes que, por exemplo, algum médico questiona se pode realizar a episiotomia ou a manobra de Kristeller e raríssimas são, senão inexistentes, as vezes em que se explica o que são estes e outros procedimentos e quais os prós e contra destes.

Ora, apesar destes dois artigos contemplarem de facto, o consentimento informado e o dever de informação, não me parece que seja suficiente para punir a gravidade dos atos que fazem parte da violência obstétrica.

Importa agora perceber que atos podem caber nos artigos que tutelam a integridade física, nomeadamente os artigos 143º, 144º, 145º, 147º, 148º, e 150º todos do Código Penal.

Começando pelo artigo 144º, alínea b), que prevê as ofensas à integridade física graves em que esteja em causa a fruição sexual. Assim sendo, os casos de violência sexual no âmbito da violência obstétrica, que não caibam no âmbito de aplicação do artigo 150º n.º2 do Código Penal, ou nas ofensas corporais simples por não se verificarem as circunstâncias do artigo 150.º, n.º1, podem ser integrados nesta norma que tutela o direito à sexualidade, e serem punidos como ofensa à integridade física grave. No entanto, tal não se mostra suficiente para acautelar os direitos das mulheres vítimas de violência obstétrica e a prova disso é que, são raras as vezes que se consegue uma condenação no âmbito destes artigos. Já o artigo 144ºA do Código Penal penaliza a mutilação genital feminina, mas exclui do seu âmbito de aplicação, a mutilação realizada por razões médicas, o que não se percebe, pois, o bem jurídico protegido é o mesmo e deveria caber na realização de episiotomia sem consentimento. Vejamos outro caso, se uma equipa médica atuar visando a finalidade curativa, mas violar as *legis artis*⁷⁷, poderá incorrer num crime de ofensa à integridade física à luz do artigo 150.º, n.º2 ou por interpretação à contrario do artigo 150.º, n.º1. Se esse acto da equipa médica com finalidade terapêutica for concretizado sem consentimento deverá ser ainda enquadrado no âmbito do artigo 156º do Código Penal.

Geralmente, a atuação médica posiciona-se ao abrigo do artigo 150ºnº1 do Código Penal. A razão do artigo 150º do Código Penal é a de afastar os tratamentos e

⁷⁷ O conceito de *leges artis* pode ser delineado como sendo um conjunto de regras científicas e técnicas e princípios profissionais que o médico tem a obrigação de conhecer e utilizar tendo em conta o estado da ciência e o estado concreto do doente. Trata-se de um critério valorativo de um ato clínico praticado por um médico. Em [Emissor:Tribunal da Relação de Lisboa - Tribunal da Relação de Lisboa \(dre.pt\)](#)

intervenções médico-cirúrgicas do campo das ofensas à integridade de física, resultando no tipo de crime atípico, e, delimitar o regime jurídico-penal das intervenções médico-cirúrgicas. O legislador assumiu no seu artigo 150º do Código Penal, que existe um risco tolerável que é inerente à atividade médica. As intervenções médico-cirúrgicas não constituem ofensas à integridade física, desde que realizadas por pessoa legalmente autorizada, com finalidade terapêutica, com indicação médica e de acordo com as *leges artis*. No entanto, o artigo 150º nº1 do Código Penal pressupõe que os atos realizados o sejam “*com intenção de prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar doença, sofrimento, lesão ou fadiga corporal, ou perturbação mental, não se consideram ofensa à integridade física.*” . Ora, já aqui foi discutido que muitos procedimentos realizados às mulheres no trabalho de parto e no parto não têm qualquer benefício associado, sendo utilizados por razões de mera conveniência e agilização médica, pelo que violam o artigo 150º nº1 sendo, portanto, teoricamente reencaminhados ao crime de ofensa à integridade física.

Por fim, importa a análise do artigo 152ºA do Código Penal que, talvez, possa, em última instância, abranger todas as situações de violência obstétrica. Esta letra resulta de um despertar ético-social da gravidade dos comportamentos descritos, advertindo para o seu despropósito e malefício. Foi introduzido no Código Penal Português no ano de 1982 e decreta a consciência de que os insultos, as humilhações e os vexames, constituem formas gratuitas de violência psicológica, muitas das vezes, mais graves do que as ofensas corporais consideradas simples.

O bem jurídico desta norma é, entre outros, a dignidade humana⁷⁸ indo muito além dos maus-tratos físicos.

O dever de guarda ou de cuidado tem por finalidade vigiar, proteger ou defender a pessoa a quem a prestação se dirige.

No entanto, por ser desde logo um crime comum e demasiado “genérico” não me parece que proteja todos os bens jurídicos postos em causa com a violência obstétrica no âmbito hospitalar e conseqüentemente que satisfaça as necessidades de prevenção geral e especial no que toca a esta prática , sendo fundamental a existência de um artigo que concretize todas as ações passíveis de serem consideradas violência obstétrica e

⁷⁸ A dignidade da pessoa humana é um conceito, para o Direito, tão fundamental quanto complexo e difícil, apesar da evidência do seu significado primordial. Sobre o conceito constitucional de dignidade da pessoa humana veja-se Miranda e Cortês (2010), pp. 77 ss.

que qualidades a pessoa tem de revestir para que possa ser seu agente e dessa forma possa haver uma punibilidade adequada.

O artigo 46º da Convenção de Istambul⁷⁹ prevê

“As Partes deverão adotar as medidas legislativas ou outras que se revelem necessárias para garantir que as circunstâncias que se seguem, na medida em que ainda não façam parte dos elementos constitutivos da infração, possam, nos termos das disposições pertinentes do direito interno, ser tidas em conta como circunstâncias agravantes na determinação da pena aplicável às infrações previstas na presente Convenção:

- a) Ter a infração sido praticada por um membro da família, uma pessoa que coabita com a vítima ou uma pessoa que abusou da sua autoridade contra o cônjuge ou ex-cônjuge, ou contra o companheiro ou ex-companheiro, tal como previsto no direito interno;
- b) Ter a infração, ou terem as infrações conexas, sido repetidamente praticadas;
- c) Ter a infração sido praticada contra uma pessoa que se tornou vulnerável devido a circunstâncias particulares;
- d) Ter a infração sido praticada contra uma criança ou na sua presença;
- e) Ter a infração sido praticada por duas ou mais pessoas agindo conjuntamente;
- f) Ter a infração sido precedida ou acompanhada de uma violência de gravidade extrema;
- g) Ter a infração sido praticada com a utilização ou a ameaça de uma arma;
- h) Ter a infração causado danos físicos ou psicológicos graves à vítima;
- i) Ter o perpetrador sido anteriormente condenado pela prática de infrações da mesma natureza.”⁸⁰

No caso da violência obstétrica pode ocorrer a verificação das alíneas c); e); h) e por vezes a b) e nesses casos como refere o artigo deverá ser considerado uma circunstância agravante.

A violência obstétrica, tanto pode consistir num crime de resultado ou de mera atividade, como de dano ou de perigo podendo ainda ser punível a título negligente.

Na minha ótica tendo em conta que o Código Penal tem artigos e previsões no âmbito do “direito da medicina”, criando assim o designado “direito penal médico”, seria lógico

⁷⁹ A convenção do Conselho da Europa para a prevenção e o combate à Violência contra as mulheres e a Violência Doméstica, conhecida como Convenção Istambul, foi introduzida no ordenamento jurídico português através da Resolução da Assembleia da República n.º 4/2013, de 14 de Dezembro. Deu origem à Lei n.º 83/2015, de 5 de Agosto, que consagra a 38.ª alteração ao Código Penal português.

⁸⁰ Pode ser consultada em [:::Resol. da AR n.º 4/2013, de 21 de Janeiro \(pgdlisboa.pt\)](https://www.dgs.gov.pt/AR/AR-4-2013-21-de-janeiro-2013.html)

a criação do tipo legal violência obstétrica enquanto crime consequente da atividade médica, até porque, como já podemos analisar, há certos atos médicos que ficam de fora dos tipos de crime já existentes, nomeadamente não tutelam os atos dos quais resultam danos psicológicos

A criação de um tipo autónomo e a penalização dos atos que cabem no âmbito da de violência obstétrica é fundamental para a erradicar, bem como, para consciencializar a população em geral. Tema esse que nos transporta também para o fins das penas. Pode dizer-se que a discussão em torno dos fins das penas nunca se esgota, é recorrente e há-de acompanhar sempre a reflexão a respeito da estrutura e da evolução do sistema jurídico-penal. No fundo, quase todas as opções que, no âmbito desse sistema, possam ser tomadas se relacionam, mais ou menos diretamente, com essa questão. É uma questão filosófica e que atinge os princípios que assentam e consolidam tal sistema. Apoiante que sou das teorias relativas, penso que se encaixam “que nem uma luva” neste caso. Ora vejamos, para as teorias relativas, a legitimidade da pena depende da sua necessidade e eficácia para evitar a prática de crimes. A pena não se justifica por si mesma, porque tem de ser ou porque é um puro imperativo de justiça, mas sim, porque tem uma finalidade relativa e circunstancial, uma utilidade. E essa utilidade traduz-se na circunstância de funcionar como obstáculo à prática de novos crimes. Não se trata de realizar a justiça como fim único, mas de proteger a sociedade. Não se castiga porque o agente praticou um mal, um crime, mas para que ele próprio e os outros, não pratiquem crimes futuramente. É uma forma de educação da população em geral.

Ademais, a penalização deste fenómeno, no Código Penal Português, é indispensável à compensação dos danos por via indemnizatória, uma vez que, reconhecida a responsabilidade penal, estamos também a reforçar a necessidade de uma possível responsabilidade no campo do Direito Civil.

6.2. BREVE ANÁLISE DA JURISPRUDÊNCIA PORTUGUESA SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

É de destacar ainda que, após pesquisa jurisprudencial sobre este tema, verificou-se que existe uma minoria de Acórdãos que abordam questões de negligência obstétrica⁸¹.

⁸¹ Acórdão do TRP de 22-01-2020 referente ao processo 9416/13.1TDPRT.P1 ; Acórdão do TRL de 13-01-2009 referente ao processo 10031/2008-1; Acórdão do TRE de 26-06-2012 referente ao processo 667/07.9TAEVR.E1

Da análise feita aos acórdãos, casos havia que poderiam ter sido julgados no âmbito da violência obstétrica. No entanto, nenhum acórdão na jurisprudência portuguesa refere/alude este conceito na sua fundamentação. É ainda de ressaltar a fraca taxa de responsabilização dos médicos no âmbito da obstetrícia. Após pesquisa sobre o tema e a forma como este é abordado na jurisprudência, julgo que a inversão do ónus da prova na obstetrícia seria crucial para efetivar a responsabilização médica nestes casos, pois, casos houve que, por falta de prova, as mulheres após saírem irreparavelmente lesadas por condutas da equipa médica, não alcançaram a responsabilização dos mesmos.

No entanto, tal seria considerado inconstitucional por violar o princípio da presunção da inocência consagrado no artigo 32º n.º 2 da Constituição da República Portuguesa. O direito processual penal anda estreitamente ligado à Constituição desde a origem do constitucionalismo e o princípio da presunção da inocência constitui a dimensão jurídico-processual do princípio jurídico-material da culpa concreta como suporte axiológico-normativo da pena.

Não é fácil determinar o sentido da presunção da inocência uma vez que, considerado em todo o seu rigor verbal, o princípio poderá levar à própria proibição de antecipação de medidas de investigação e cautelares e à própria proibição de suspeitas sobre a culpabilidade.

No caso da violência obstétrica, o facto do ónus da prova estar do lado das ofendidas dificulta a produção de prova e a consequente condenação. Como já foi referido ao longo do trabalho a Lei 110/2019, de 9 de setembro, veio estabelecer um regime de tutela das mulheres em idade reprodutiva em contexto de saúde, incluindo o parto, efetuando a 2ª alteração à Lei 15/2014, de 21 de março. A Lei 15/2014, de 21 março, com as alterações introduzidas pela Lei 110/2019, de 9 de setembro, veio aumentar a responsabilização dos profissionais de saúde na assistência ao parto, na medida em que as grávidas/parturientes/puérperas são agora titulares de direitos específicos, os quais estão expressamente consagrados e cuja violação por parte dos profissionais de saúde pode fazer incorrer em responsabilidade civil, o que não se verificava antes desta alteração legislativa, pois a parturiente não tinha direitos inerentes à sua condição específica e os seus direitos eram os mesmos de qualquer outro utente. Para além de ampliar a responsabilização civil dos profissionais de saúde no que toca ao parto e ao trabalho de parto, a Lei 110/2019, de 9 de setembro, possibilitou a plena tutela das vítimas de violência obstétrica ao consagrar direitos em favor das parturientes, criando

assim ilícitos específicos para preenchimento dos pressupostos para a concretização da responsabilidade civil, afirmando assim a responsabilidade médica nestes casos.

A partir da edição da suprarreferida lei, o ordenamento jurídico passou a contar com mecanismos específicos para tutelar as vítimas de violência obstétrica, sendo ainda necessário avaliar se o sistema de justiça está preparado para absorver tais inovações e como fica a responsabilidade jurídico-penal para além da responsabilidade civil.

Em 2019 foi realizado um estudo, por Vânia Alexandra dos Santos Simões⁸² e Yasmin Faissal Nogueira⁸³ composto por um inquérito realizado aos profissionais na área do Direito para compreender se existe uma resposta adequada do sistema de justiça português ao fenómeno da violência obstétrica no parto e os possíveis obstáculos com os quais as parturientes se deparam ao buscar a responsabilização jurídica adequada dos profissionais de saúde envolvidos.

A interrogação sobre o resultado dos processos revelou que 47% culminaram em absolvições, 33% em condenações parciais ou acusações parcialmente procedentes e 20% dos casos obtiveram condenação total no pedido.



Ilustração 1 – Gráfico I

Cerca de 70% dessas absolvições advieram de processos-crimes, pelo que a taxa de sucesso dos processos-crimes em que a obstetrícia esteja implicada, é pouco expressiva. Entre os fundamentos de absolvição estão a falta de prova (40%), ausência de crime e/ou ilícito (20%), ausência de apuramento de negligência dos profissionais (20%), falta denexo causal entre o dano verificado e a conduta médica (10%) e ainda questões relativas ao apuramento da responsabilidade médica em equipa (10%). A

⁸² Admitida a Doutoramento em Direito Público pela Nova School of Law. Mestre em Direito. Pós Graduada em Direito da Medicina & Justiça Penal pela Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa

⁸³ Mestranda em Direito Penal e Ciências Criminais pela Universidade de Lisboa

jurisdição na qual correram maior número de processos foi a jurisdição penal (54%), seguida da administrativa (35%) e da cível (11%). Relativamente à jurisdição penal, o crime mais recorrente foi a ofensa à integridade física negligente (56%), homicídio negligente (22%), ofensa à integridade física agravada (11%) e intervenções médico-cirúrgicas arbitrárias (11%).⁸⁴

6.3. A DIFICULDADE DA PROVA DOS ATOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Outro grande entrave é a eficácia na proteção deste tipo de violência está na prova, uma vez que o fundamento que foi mais usado para a absolvição foi a falta de provas, constituindo o principal problema à efetivação da responsabilização das equipas médicas. Isto é justificado por, entre outros, a ausência de acompanhante no parto, o diminuto grau de conhecimento das mulheres para compreender o que está a acontecer no parto, a falta de informação sobre o processo clínico das mulheres e “pactos de silêncio” entre os profissionais de saúde.

No âmbito do ónus da prova, no que toca à prática clínica, o legislador veio facilitar a prova a favor da mulher, ao estabelecer legalmente quais as *leges artis* do parto, resultando assim numa obrigatoriedade do profissional de saúde em provar que as cumpriu, conforme estabelecido nos nºs 2 e 6 do artigo 15º F da Lei 110/2019, de 9 de setembro. No que toca ao resto, questões de maus-tratos verbais ou físicos, que não respeitem o consentimento informado ou à incorreta prestação de cuidados de saúde, a prova dos factos recai sobre a mulher. Atualmente, existe uma corrente na jurisprudência e doutrina, embora minoritária,⁸⁵ que admite que a obstetrícia tem subjacente uma obrigação de resultado, sendo uma especialidade de elevado risco, em que os profissionais de saúde devem aplicar a técnica adequada. Cavalieri Filho⁸⁶, considera que, se o/a obstetra provar que não foi negligente, não responde pelos danos. Porém, este entendimento não atende ao facto de o parto ser uma situação completamente imprevisível, pelo que, não é possível concordar com as premissas em que assenta tal silogismo.

⁸⁴ Pode ser consultado em [Artigo Violência Obstétrica e responsabilidade jurídica.pdf \(jusunascimento.pt\)](#) consultado em 3 de Janeiro de 2021

⁸⁵ Sobre este tema vide Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça, de 7/10/2010 – Relator Ferreira de Almeida

⁸⁶ Sérgio Cavalieri Filho é um jurista brasileiro. Foi Desembargador e Presidente do tribunal de Justiça do estado do Rio de Janeiro, Presidente do extinto Tribunal de Alçada Cível do mesmo Estado e Diretor Geral da Escola da Magistratura do Rio de Janeiro, da qual é Professor Emérito.

No que toca ao consentimento informado por parte da mulher, cabe ao profissional de saúde provar que cumpriu os deveres a que legal e deontologicamente está obrigado e que o consentimento existiu. Importa aqui sublinhar que tal não se aplica em sede de processo-crime uma vez que choca com o princípio da presunção da inocência, sendo que vale apenas para ações de responsabilidade civil onde se aplique a lei 110/2019, de 9 de setembro.

6.4. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E NEGLIGÊNCIA MÉDICA

A questão da ausência de apuramento de negligência dos profissionais é um ponto que merece particular atenção e preocupação, uma vez que a confusão entre a violência obstétrica e negligência médica pode acabar por inviabilizar a responsabilidade jurídica concreta. É importante que se consiga distinguir a violência obstétrica dolosa da violência obstétrica praticada com negligência médica. Com efeito, os processos legais que visam a responsabilização das equipas médicas por práticas obstétricas incorretas têm frequentemente tido um desadequado tratamento jurídico, o que conduz a uma sensação constante de impunidade e falta de eficiência dos tribunais. Isto ocorre por haver um desconhecimento dos atos que constituem a violência obstétrica e distinguir os que são praticados com dolo e os que são praticados com negligência. A violência obstétrica médica negligente enquadra condutas que violam as *leges artis*, como por exemplo, a violação dos deveres de cuidados, nestes casos, os resultados obtidos não eram os previstos ou os desejados. Por sua vez, a violência obstétrica (VO) dolosa é composta por um conjunto de más práticas clínicas efetuadas com plena consciência do ato, não comprovadas cientificamente, mas que, ao longo do tempo, foram assumidas como normais e necessárias, alimentadas pela praticidade, que só beneficia a equipa médica. Muitas dessas más práticas clínicas já foram desaconselhadas pela OMS. O que distingue a VO negligente da VO dolosa é o facto de nesta última o ato ser intencional, os resultados desejados e obtidos conscientemente. Ora, por se enquadrar nas práticas “normais” e “necessárias” a VO quer dolosa, quer negligente, acaba por ficar de fora do contexto da responsabilidade penal,

impossibilitando a responsabilidade dos profissionais de saúde quando ela devia ocorrer.

6.5. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A QUESTÃO DO GÉNERO

Outra questão particularmente problemática é o facto de a violência obstétrica ainda ser encarada pelo legislador português como um evento médico, desagregando-se às questões de género inerentes. A violência obstétrica afeta somente as mulheres e é um tipo de violência contra o género, conforme estabelece a resolução 2306/2019 do Conselho da Europa⁸⁷, por estas serem o género que dá à luz, ou seja, é uma violência inerente à condição de mulher/de progenitora, e, não havendo, até à data, no ordenamento jurídico português, uma previsão legal (não obstante a lei 110/2019 já ter algumas previsões sobre este tema, a violência obstétrica praticada através de abusos verbais e ataques psicológicos não se encontra prevista e penalizada) contra a violência dirigida ao género feminino, como ocorre nos países e nas condições supra referidas, a introdução deste fenómeno no nosso ordenamento jurídico tem que se realizar por via da legislação penal, em cumprimento e consonância com a Convenção de Istambul, a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, a Declaração Internacional sobre a Eliminação da violência contra a mulher, o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e a Plataforma de Ação da Quarta Conferência Mundial da Mulher. Se tal não for suficiente, no próprio ordenamento jurídico português existe uma despenalização tácita deste ato nem que seja pelas dificuldades já aqui enumeradas em tutelar estas vítimas. A Convenção de Istambul, expressa em vários dos seus artigos (artigo 5º, 7º, 12º) a obrigação de as partes contratantes tomarem medidas legislativas, programas de proteção às vítimas entre muitos outros. Preceitua ainda no nº 2 do artigo 5º:

“As Partes deverão adotar as medidas legislativas ou outras que se revelem necessárias para agir com a diligência devida a fim de prevenir, investigar, punir e conceder uma indemnização pelos atos de violência abrangidos pelo âmbito de aplicação da presente Convenção praticados por intervenientes não estatais.”

A introdução desta Convenção no nosso ordenamento deu pretexto à 38ª alteração ao Código Penal, introduzindo de forma autónoma o crime de mutilação genital feminina, o casamento forçado e implicando alterações de moldura penal no que refere aos crimes

⁸⁷ Pode ser consultada em PACE - Resolution 2306 (2019) - Obstetrical and gynaecological violence (coe.int)

de violação, coação sexual e importunação sexual. No entanto, nada foi introduzido no âmbito da violência obstétrica.

7. INQUÉRITO REALIZADO | EXPERIÊNCIAS DE PARTO EM PORTUGAL

Inquérito

<https://www.onlinepesquisa.com/s/64a027>



Resultados do Inquérito

<https://www.onlinepesquisa.com/results/64a027-9d83561>



Confesso que, quando comecei a estudar este tema e a ler os testemunhos das mulheres, pareceu-me sempre uma realidade distante, como se fosse algo que acontecesse “só nos filmes” pelo que achei por bem realizar, no âmbito desta dissertação um inquérito onde pudesse também eu analisar os dados que via em todo o material estudado para esta dissertação. Não existia melhor forma de contactar com a realidade. Assim, foi feito um inquérito online onde participaram 275 mulheres e contaram as suas histórias, analisado através do método de investigação quantitativo, para conhecimento e estudo deste fenómeno através da perspetiva das potenciais vítimas.

Com o inquérito foi possível concluir que 20,7% das mulheres que participaram no inquérito viram o seu direito a um acompanhante negado. Talvez um dos direitos mais importantes e que, atualmente, face à pandemia do SARS-CoV-2 não é totalmente cumprido. A mulher tem direito a um acompanhante, podendo o acompanhante ser qualquer pessoa à escolha. O direito a um acompanhante abrange o parto normal e o parto cirúrgico. Sobre este tema veio a DGS emitir a orientação 018-2020⁸⁸ : “As unidades hospitalares devem assegurar as condições necessárias para garantir a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto (15–17).”.

Foi ainda possível concluir que apenas 48,5% das mulheres realizou um plano de parto e que, apenas em 47,2% dos casos esse plano de parto foi cumprido. Como outrora foi dito, o plano de parto é recomendado pela OMS e traduz-se numa expressão de vontades escrita, geralmente, realizado com a ajuda do/a obstetra, onde a mulher

⁸⁸ [Orientação_018_2020_act_20_04_2021.pdf \(min-saude.pt\)](#)

exprime e regista as suas preferências em relação a todo o processo do trabalho de parto e do parto, procedimentos médicos de rotina e cuidados do recém-nascido.

Este plano tem como objetivo personalizar um momento que é muito especial para os pais do bebê e mantê-los mais informados acerca dos procedimentos que são realizados durante o trabalho de parto e parto.

Ora, o facto de uma mulher apresentar o seu plano de parto e este não ser cumprido viola múltiplos direitos que a parturiente é titular e mostra um claro, evidente e preocupante desrespeito dos profissionais de saúde para com esta.

Neste ponto importa lembrar que, entre outros, a mulher tem direito a uma escolha informada, tem o direito de recusa, tem direito a um parto humanizado e principalmente, tem direito a decidir sobre o parto.

Foi também possível concluir que 67,1% das mulheres não teve direito a alimentar-se durante o trabalho de parto. A falta de alimento durante o trabalho de parto pode causar entre outros, desidratação materna e aumento do stress materno. Sobre este tema, o American College of Nurse-Midwives⁸⁹ defende que deve ser providenciado à mulher em trabalho de parto de baixo risco a nutrição necessária. Sendo que a alimentação da parturiente de baixo risco não influencia os resultados obstétricos ou neonatais⁹⁰ como visto anteriormente.

No presente inquérito, foi também possível apurar que 61,9% das mulheres assim que chegaram ao hospital foi-lhes colocado o acesso venoso, procedimento realizado por mera rotina.

Questionadas sobre a altura do parto dito ativo, 68,2% responderam que não tiveram qualquer possibilidade escolha em relação à posição adotada na altura da expulsão.

Em relação a episiotomia, foi realizada a 45,9% das mulheres e 77,1% dessas mulheres respondeu que não lhe foi pedida autorização para o procedimento.

De ressaltar que 96,4% das mulheres afirma que levou “o ponto do marido” por mera rotina médica!!! Esta prática comporta graves consequências para a saúde sexual das

⁸⁹ [American College of Nurse-Midwives | 2019 Home Theme Edits \(midwife.org\)](https://www.midwife.org/)

⁹⁰ [Effect of food intake during labour on obstetric outcome: randomised controlled trial - PubMed \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/)

mulheres podendo causar dor durante a relação e até mesmo necessitar de correção cirúrgica.

Ainda sobre este tema, 94,5% das mulheres considera necessária a autorização para a realização deste procedimento.

Como conclusão do inquérito foi possível aferir que 39,6% das mulheres consideraram o seu parto como uma experiência traumatizante.

No final do inquérito foi dada a possibilidade de cada mulher descrever a sua experiência de parto em caixa aberta. Julgo ser extremamente necessário, neste ponto, partilhar algumas das respostas obtidas.

“[...] não desejo a ninguém pois tinha 17 anos deixaram me sem poder beber agua sequer e fiquei mais de 18 horas em sofrimento para não falar que uma auxiliar e enfermeira chegaram junto de mim e como eu estava a gritar disseram-me que “quando estava a fazê-lo não gritei [...]” Parto em 2017

“[...] Depois disso o obstetra disse-lhes com todas as letras que eu não morri por sorte pois não tinha estrutura para ter um bebe tão grande e que deviam-me ter feito cesariana. Ou seja forçaram-me a ter onde levei 69 pontos [...]” Parto em 2017

“[...] Mandaram-me estar calada [...] Foi-me aplicada a manobra de Kristeller por parte de duas profissionais de saúde enquanto a obstetra puxava o bebé a fórceps sem que ninguém me explicasse o que estava a acontecer e no fim procederam a uma episiotomia, não só não autorizada como não anunciada [...]” Parto em 2021

“[...]Correu tudo mal e ninguém me ouviu. Fui completamente ignorada. Fizeram tudo sem o meu consentimento e pedi várias vezes para não me fazerem a manobra de Kristeller porque ficava sem ar e não conseguia fazer força mas ninguém quis saber. Foi horrível e pós parto igual. Só a dois anos percebi que o que se passou não é normal.” Parto em 2016

“ [...] então pediram-me para me por de quatro em cima da maca.. e a médica mais uma vez foi inconveniente e respondeu vamos lá ver se a cama aguenta (porque eu sou gorda). Depois de tudo o que sofri durante mais de 48hrs ainda ouvir isso.... Foi horrível... eu simplesmente engoli seco... mas minha vontade era chorar [...] “ Parto em 2021

“[...] vou sempre lembrar o parto como o momento em que mais me senti exposta na minha vida. Fui desrespeitada, amarrada e privada de alimentos durante 14 horas. No momento da expulsão entraram cerca de 15 estagiários na sala de parto, retrai-me e pedi que saíssem, fui ignorada. Eram jovens e conseguia ver o ar de repulsa por estarem a ver um parto pela primeira vez. Por estar nervosa com a situação, a médica gritou-me que eu estava a dificultar e que iam cortar me mais e por me ventosas. Fui depois cozida por uma estagiária que o estava a fazer pela primeira vez e ouvi comentários como “que períneo estranho”, “Isto não tem ponta por onde se lhe pegue, ela está desfeita”. Foi o

momento mais horrível da minha vida e que contribuiu para uma depressão pós-parto e anos de terapia [...]” Parto em 2016

“[...] Eu gritei e implorei para não me cortarem a resposta da médica presente foi “não és tu que tens de querer, é o bebé que quer “ assim me cortaram sem anestesia, logo após tentaram Kristeller [...]” Parto em 2021

“[...] Disseram me que aquilo não era um hotel e que por isso não podia demorar horas para ter um filho [...] Gritaram comigo: ou rebento te a bolsa ou dou te ocitocina, agora escolhe! [...] Rebutaram me a bolsa quando estava com dez dedos de dilatação e em trabalho de parto depois de eu dizer que estavam proibidos de o fazer [...] “ Parto em 2020

“ Tratou-se de uma perda gestacional às 19 semanas de gestação. Terceiro filho. Fui colocada numa sala de dilatação, onde ouvi vários partos ao longo do dia, tendo sido transferida ao final da tarde para a enfermaria de ginecologia. Lá fui "abandonada" e fiz o parto sozinha na cama onde me encontrava. A curetagem foi realizada mais de 24 horas após o parto, e o recobro da cirurgia feito junto das recém mães e os seus recém nascidos, entre variadas outras situações indescritíveis.” 2020

“[...] Desumanização completa. [...] senti-me completamente sozinha e desamparada. Fui sempre ignorada durante todo o processo e o que era suposto ser um dia de alegria foi afinal um dia de terror [...]” Parto em 2021

“[...] e o facto de estar sozinha/sem apoio foi MUITO difícil [...] Pedi 4x que não realizassem episiotomia e fizeram-no sem me informar, comunicando (as enfermeiras) por gestos para eu não ouvir [...]” Parto em 2017

“[...] Riram de mim por fazer um plano de parto, tinham muitas pessoas na sala de parto, o que me deixou extremamente desconfortável, me deram anestesia sem eu querer, não me deixaram descer da cama nem me mexer, não me deram água, estouraram a bolsa, me ofenderam por ser estrangeira [...]” Parto em 2020

“[...] Foi feito episiotomia sem consentimento nem um breve aviso prévio. Foi utilizado ventosas igualmente sem aviso, sem informação. Só no internamento após o nascimento é que fiquei a saber tinham sido usadas ventosas. [...]” Parto em 2020

“Prefiro morrer a voltar a passar pelo mesmo” Parto em 2021

8. CONCLUSÕES

Como forma de erradicar este problema é importante desde logo compreendê-lo e procurar a sua razão de ser. O relatório da ONU de 2019, que tanto se abordou ao longo desta exposição, indica, como origem deste problema, as fracas condições dos sistemas de saúde, as restrições impostas aos mesmos, as más condições de trabalho das equipas médicas, a dinâmica da relação paciente/médico e a subjacente posição de poder do médico e, claro, o papel histórico dos homens na área ginecológica e campo obstétrico que contrasta com a obrigação dos Estados em garantir a disponibilidade e qualidade das instalações, bens e serviços de cuidados de saúde materna bem como a adequada formação ética e profissional das equipas médicas.

Outra razão que torna estas situações “aceitáveis” passa pelos estereótipos de gênero prejudiciais no contexto da saúde reprodutiva nas mulheres que colocam em causa a competência de tomada de decisão e o papel natural da mulher na sociedade. Estes estereótipos surgem de fortes religiões, crenças sociais e ideias culturais sobre a sexualidade, a gravidez e a maternidade.⁹¹

Estes estereótipos extremamente prejudiciais são ainda justificados pela crença de que o parto é um evento que requer o sofrimento por parte da mulher. Sendo que estas devem ficar felizes com um bebê saudável deixando a sua própria saúde física e emocional de parte.

A este propósito, em 2012, a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia⁹² desenvolveu diretrizes sobre os *"Estereótipos prejudiciais das mulheres nos cuidados de saúde"*⁹³ que observam a natureza e impacto desses estereótipos na prestação de cuidados às mulheres e oferece soluções para os evitar de forma a erradicar essa questão.

Este tipo de violência caracteriza-se como um grave fenómeno social que está em franca expansão, em todas as suas formas e, de modo especial, contra a mulher, ao

⁹¹ Rebecca J. Cook and Simone Cusack, *Gender Stereotyping: Transnational Legal Perspectives* (Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 2010), p. 34.

⁹² É uma organização não-governamental mundial que representa obstetras e ginecologistas em mais de cem territórios. Foi fundada em 26 de julho de 1954 em Genebra, Suíça, para "promover o bem-estar das mulheres e elevar o padrão de prática em obstetrícia e ginecologia". Atualmente, a adesão é composta por 132 sociedades profissionais ('Sociedades Membros Nacionais') de obstetras e ginecologistas em todo o mundo.

⁹³ Pode ser consultado em [Pages \(glowm.com\)](https://www.glowm.com)

longo da história e nos dias atuais ganhou caráter endêmico, fazendo-se quotidianamente presente em comunidades e países de todo o mundo, sem discriminação social, racial, etária ou religiosa.

É urgente que, durante o parto e trabalho de parto, o papel principal seja devolvido à mulher para que esta volte a ser a protagonista e o elemento ativo como, aliás, nunca deveria deixar de ser.

Os atos que constituem a violência obstétrica são, igualmente, atos de violência de género, que muitas das vezes integram crimes, afetando mulheres que se encontram em situação de enorme vulnerabilidade, constitui mais um reflexo de uma sociedade patriarcal e desigual que ainda não respeita integralmente os direitos das mulheres.

Refletindo sobre a mudança necessária em Portugal, eu diria que a prioridade deverá ser a melhoria das condições de assistência nas instituições de saúde. Devemos lutar para que todas as famílias possam ter experiências de parto que sejam simultaneamente felizes, tranquilas e seguras, em vez de ficarmos contentes apenas com a segurança do parto. Já está mais do que na altura de perceber que sobreviver ao parto não chega. As famílias em Portugal merecem experiências de parto seguras e positivas.

“A violência obstétrica é um conceito do qual muitas pessoas nem sequer ouviram falar, logo, podemos dizer que é considerada normal no País”, diz-nos um representante do movimento #NãoéNormal. “É fundamental que haja cada vez mais e melhor informação sobre o tema. Ainda por cima, não estamos a falar de nada propriamente complexo (são “só” direitos a não ser violentada) e é um assunto que afeta diretamente milhares de grávidas todos os anos”.⁹⁴

Na senda da Lei Nº83/2015 e ao abrigo da Convenção de Istambul, faz-se necessário a regulamentação deste fenómeno por forma a contribuir para a erradicação desta forma de violência contra as mulheres.

É importante ressaltar que a violência contra as mulheres enquanto violação de direitos humanos e forma de discriminação é proibida em diversos documentos internacionais tais como a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW), a Declaração sobre a Eliminação da Violência Contra as Mulheres da ONU e Convenção do Conselho da Europa para Prevenção e o Combate

⁹⁴ Pode ser consultado em [Activa | As marcas físicas e emocionais de um parto traumático \(sapo.pt\)](https://www.sapo.pt/ativa/as-marcas-fisicas-e-emocionais-de-um-parto-traumatico)

à Violência contra as Mulheres e Violência Doméstica (Convenção de Istambul), tendo o Estado Português o dever de tudo fazer para a sua erradicação.

“Os Estados Partes também têm uma obrigação nos termos da Convenção sobre o Eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres a serem perseguidas, por todos meios apropriados e sem demora, uma política de eliminação da discriminação e violência de gênero contra a mulher, inclusive no campo da saúde. Isto é uma obrigação de natureza imediata e os atrasos não podem ser justificados por qualquer motivo, incluindo motivos econômicos, culturais ou religiosos”⁹⁵

É importante ainda ressaltar que a violência obstétrica pode afetar a recuperação física e psicológica da mulher durante o puerpério, a sua autoestima, vida sexual, saúde mental e, em consequência, afetar a sua relação com o bebê, comprometendo o sucesso da amamentação e o saudável desenvolvimento da criança.

O objetivo desta dissertação é alertar para a necessidade urgente de criminalizar a violência obstétrica, ou seja, os casos em que a mulher seja sujeita, durante o trabalho de parto, parto ou puerpério ou outros processos de saúde reprodutiva, a violência física ou psicológica, que lhe cause dor, dano ou sofrimento desnecessário ou limite o seu poder de escolha e de decisão.

Devendo a penalização desta conduta ser agravada em um terço, nos limites máximo e mínimo, se o crime for praticado na presença de um feto morto ou de interrupção da gravidez; contra pessoas nos extremos da idade reprodutiva; contra mãe, nascituro ou criança com deficiência; contra vítimas de violência doméstica, de abuso sexual, de práticas nefastas ou tráfico de seres humanos; contra pessoas que vivam em situação de pobreza extrema, designadamente em situações de rendimentos abaixo do limiar da pobreza ou baixos níveis de literacia ou contra pessoas migrantes e refugiadas tal como já acontece em certos ordenamentos jurídicos estrangeiros.

A este propósito importa lembrar que os bens jurídicos tutelados neste crime são a integridade física e moral da mulher, os direitos sexuais e reprodutivos da mulher e a liberdade pessoal num momento especialmente stressante para a mulher e nascituro. Todos direitos fundamentais.

Porém, é verdade que, dificilmente ocorre a responsabilização das equipas médicas, no âmbito da violência obstétrica pois, não raras as vezes, a mulher não tem consciência

⁹⁵ Pode ser consultado em [A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence : \(un.org\)](https://www.un.org/)

e/ou conhecimento da sua ocorrência, ou de como reagir. São poucos os casos que seguem para a via judicial pela dificuldade que os processos representam. A responsabilidade criminal é, de facto, rara, senão mesmo inexistente. Este tipo de condenação, a nível de processo-crime, exige um nexo concreto, já a responsabilidade civil, exige-se um nexo provável.

No que respeita aos danos emocionais consequência da violência psicológica, estes, aparentemente não merecem tutela do nosso direito uma vez que dificilmente se enquadram nos tipos de crime existentes atualmente e por isso a sua responsabilização acaba por ser muito difícil. Ademais, a violência obstétrica, na sua vertente psicológica pode ser de difícil prova, visto que, muitas vezes as mulheres têm o parto sem acompanhante. A violência psicológica exercida contra a mulher pode revestir consequências tais como disfunções sexuais, a depressão pós-parto, tocofobia⁹⁶, transtorno de stress pós-traumático, nosocomefobia⁹⁷ e latrofobia⁹⁸.

A sexualidade é um direito de personalidade pelo que a sua afetação consubstancia um dano suscetível de indemnização (episiotomias não consentidas com ou sem danos consequentes) até porque os danos sexuais podem reconduzir-se a danos físicos/biológicos e podem originar responsabilização. A problemática da ausência do consentimento informado da mulher para a realização de certos procedimentos no âmbito do parto, tem que ser fonte de responsabilidade penal/civil, o Estado português não pode continuar a pactuar com este tipo de ações.

Se a intervenção não for consentida e resultarem lesões e/ou efeitos colaterais a responsabilização deverá ser feita por violação do artigo 70º do Código Civil, nos termos do artigo 483º do Código Civil, havendo lugar à compensação possível pelos danos biológicos e morais. Por sua vez, se a mulher tiver consentido e mesmo assim advierem danos, a indemnização deverá sustentar-se nos termos do artigo 570º do Código Civil, havendo lugar à responsabilidade reduzida ou excluída. Em Portugal, ainda é fraca a

⁹⁶ A tocofobia se caracteriza por um medo excessivo de engravidar e do parto. Descontrole emocional, crises de pânico, oscilação intensa de humor, vômitos, pesadelos e depressão são alguns dos sintomas da Tocofofia.

⁹⁷ Nosocomefobia é o medo de hospitais extremo. É uma fobia bastante comum; muitas pessoas (incluindo o presidente dos EUA, Richard Nixon) são conhecidas por sofrer com isso.

⁹⁸ Categorizada em distúrbios específicos de ansiedade, a latrofobia consiste em experimentar um medo excessivo, irracional e incontrolável dos médicos.

expressão de responsabilização dos profissionais de saúde, sendo ainda de salientar, o baixo valor indemnizatório nestes casos⁹⁹.

Assim, acredito que falta a criminalização autónoma desta conduta que irá contribuir para a erradicação de todas as formas de violência contra as mulheres, para o reforço dos direitos das mulheres na gravidez, parto e outros processos reprodutivos, e para a construção de uma sociedade mais igualitária.

É certo que muitas formas de maus-tratos relacionados com o parto e trabalho de parto não são atos deliberados ou intencionais de violência contra as mulheres. Até porque, tal como foi dito, a violência obstétrica esta tão entranhada nos atos médicos que se considera como “normal” ou até mesmo “necessária” e nesses casos para além de ter de haver uma alteração de comportamentos em âmbito hospitalar, que passa pela eventual criação de novas *guidelines*, mais formação nesta área da medicina, não só a nível prático mas também a nível psicológico, é também necessário aumentar a responsabilidade penal negligente da violência obstétrica.

Nos dias de hoje já existem vários governos que introduziram leis e outras iniciativas para abordar os maus-tratos e violência contra as mulheres durante o parto, incluindo formação para prestadores de cuidados de saúde. Nos últimos anos, muitos foram os Estados que aprovaram leis ou emitiram políticas e boas práticas que permitem que a mulher seja acompanhada por um parceiro á sua escolha durante o trabalho de parto e o parto, desenvolvendo uma legislação mais ampla que encoraja a “humanização” do parto. No entanto, mesmo com a existência dessas leis, as mulheres continuam a relatar recusas ao direito de um acompanhante, recusas à administração de medicação entre outros.

Os Estados têm a obrigação de respeitar, proteger e atribuir às mulheres direitos, incluindo o direito ao mais alto padrão atingível de aspetos físicos e mentais saúde durante os serviços reprodutivos e o parto, livre de maus-tratos e violência baseada no gênero, e para adotar leis e políticas apropriadas para combater e prevenir tal violência, processar os perpetradores e fornecer reparações e compensação às vítimas.

Os direitos humanos das mulheres incluem o direito a ser tratada com respeito pela sua dignidade e serviços de saúde reprodutiva respeitosos e cuidados obstétricos gratuitos

⁹⁹ vide Acórdão de 16/03/05 do Supremo Tribunal de Justiça: uma criança morre aos seis anos devido a um parto tardio. Os progenitores receberam uma indemnização de €35.000 - trinta e cinco mil euros.

de discriminação e qualquer tipo de violência, incluindo sexismo e violência psicológica, tortura, tratamento desumano e degradante e coerção. Dentro do contexto de cuidados reprodutivos e parto, os sistemas de saúde devem ter os necessários recursos orçamentários necessários para fornecer qualidade, reprodutiva acessível e saúde materna, garantindo assim que as necessidades de saúde reprodutiva das mulheres e interesses são atendidas durante o parto, consultas, exames, tratamentos, aborto espontâneo, aborto, contraceção e em outras relações e contextos de saúde reprodutiva.

É certo que já é possível afirmar que alguns passos importantes foram dados pelo sistema jurídico português no que diz respeito à responsabilização jurídica dos profissionais de saúde envolvidos em situações de violência obstétrica. Nomeadamente, o crescimento do debate público e a Lei 110/2019, de 9 de setembro, contribuíram para uma maior conscientização e informação dos profissionais forenses acerca do tema. Ainda assim, o número de casos que chega aos Tribunais ainda é pouco expressivo em comparação com o número de casos relatados, isso porque ainda falta informação às próprias vítimas, às pessoas da sua rede de apoio e à sociedade em geral, além do desgaste físico, financeiro e emocional que representa um processo judicial.

Dos obstáculos identificados importa apontar a ausência de um crime específico e a confusão entre violência obstétrica dolosa e violência obstétrica negligente. Assim, urge uma resposta eficaz do sistema de justiça para corrigir estas situações, apostando-se, por exemplo, em formação específica para as equipas médicas, ações de educação para a população em geral, perícias forenses especializadas junto das parturientes para averiguação dos danos e do seu concreto nexos causal com o parto, e a criação de um tipo penal específico de violência obstétrica.

Nota pessoal:

Quando iniciei esta dissertação poucos eram os que falavam de violência obstétrica.

Felizmente, no decorrer da realização deste trabalho foram vários os trabalhos e iniciativas que surgiram, nomeadamente o Projeto de Lei n.º 912/XIV/2.^a que reforça a proteção das mulheres na gravidez e parto através da criminalização da violência obstétrica. Perto da data de conclusão surgiu ainda a resolução da Assembleia da República n.º 181/2021 que recomenda ao Governo a eliminação de práticas de

violência obstétrica e a realização de um estudo sobre as mesmas; a eliminação de práticas de violência obstétrica e a realização de um estudo sobre as mesmas

“A Assembleia da República resolve, nos termos do n.º 5 do artigo 166.º da Constituição, recomendar ao Governo que:

1 — Diligencie pela eliminação de práticas de violência obstétrica, como a manobra de Kristeller e a episiotomia de rotina.

2 — Realize um estudo nacional anónimo sobre práticas de violência obstétrica, incluindo o «ponto do marido».

Aprovada em 28 de maio de 2021.

O Presidente da Assembleia da República, Eduardo Ferro Rodrigues”

Espero, sinceramente, estar a assistir e a contribuir para uma mudança de mentalidades. Dar voz a uma causa é das coisas mais nobres da vida e é tão bonito ver isso a acontecer diante dos nossos olhos.

Pela mudança.

“Para mudar o mundo, temos que mudar primeiro a forma como nascemos.”

Michel Odent, 87 anos - (Obstetra e fundador do Primal Health Research Centre)

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Janaína Marques (2010) - Violência institucionalizada em maternidades públicas : hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de género [Em linha]. São Paulo : Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. [Consult. 13 jun. 2022]. Disponível em WWW:<URL:10.11606/T.5.2010.tde-21062010-175305>.

ALBUQUERQUE, Paulo Pinto de (2010) - Comentário do Código Penal à luz da Constituição da República Portuguesa e da Convenção Europeia dos Direitos do Homem. 3.^a ed. atualizada. Lisboa : Universidade Católica Editada.

ALMAND, Andrew Iverson (2012) – A mother's worst nightmare, what's left unsaid: the lack of informed consent in obstetrical practices. *William & Mary Journal of Race, Gender, and Social Justice*. 18:3 (2012) 565-594. . [Consult. 13 jun. 2022]. Disponível em WWW:<URL: <https://scholarship.law.wm.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1340&context=wmjowl>>.

American Health Lawyers Association(1992) - Parents of an incompetent adult child may authorize withdrawal of artificial nutrition and hydration. *Journal of Health Law*. 25:6 (June 1992).

ANDRADE, Briena ; AGGIO, Cristiane (2015) - Violência obstétrica : a dor que cala. Londrina : Universidade Estadual Londrina.

ANTUNES, Kennedy (2017) – Violência obstétrica, Autografia; 1^a edição (2 março 2017)

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PELOS DIREITOS DA MULHER NA GRAVIDEZ E PARTO (2015a) - Questionário: experiências de parto em Portugal nos últimos 3 anos - até 31 Março 2015 [Em linha]. Lisboa : Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto. [Consult. 14 mai. 2022]. Disponível em WWW:<URL: <https://associacaogravidezeparto.pt/campanhas-e-eventos/questionario-experiencias-de-parto-em-portugal-nos-ultimos-3-anos-ate-31-marco-2015/>>.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PELOS DIREITOS DA MULHER NA GRAVIDEZ E PARTO (2015b) - Experiências de Parto em Portugal : Inquérito às mulheres sobre as suas experiências de parto [Em linha]. Lisboa : Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto. [Consult. 14 mai. 2022]. Disponível em

WWW:<URL:http://www.associacaogravidzeparto.pt/wp-content/uploads/2016/08/Experi%C3%AAsncias_Part0_Portugal_2012-2015.pdf>.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PELOS DIREITOS DA MULHER NA GRAVIDEZ E PARTO (2019a) - INQUÉRITO EXPERIÊNCIAS DE PARTO EM PORTUGAL | 2.ª EDIÇÃO [Em linha]. Lisboa : Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto. [Consult. 15 mai. 2022]. Disponível em WWW:<URL: https://associacaogravidzeparto.pt/wp-content/uploads/2020/12/Experi%C3%AAsncias-de-Parto-em-Portugal_2edicao_2015-19-1.pdf>

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PELOS DIREITOS DA MULHER NA GRAVIDEZ E PARTO (2020) - Inquérito experiências de parto em Portugal [Em linha]. 2.ª ed. Lisboa : Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto. [Consult. 14 mai. 2022]. Disponível em WWW:<URL: https://associacaogravidzeparto.pt/wp-content/uploads/2020/12/Experi%C3%AAsncias-de-Parto-em-Portugal_2edicao_2015-19-1.pdf>.

ÁVILA, Letícia (2018) Parto: Outro Lado Invisível do Nascer: Como a violência obstétrica afeta 1 em cada 4 mulheres no Brasil, eBook Kindle 2018

BAKER, Heather Joy, (2010) "NOTE: "WE DON'T WANT TO SCARE THE LADIES:" n1 NA INVESTIGATION OF MATERNAL RIGHTS AND INFORMED CONSENT THROUGHOUT THE BIRTH PROCESS", Women's Rights Law Reporter, 2010, Vol. 31, p. 538.

BARRETO, Xavier e José Pedro Correia (2014) "A mortalidade infantil em Portugal: evolução dos indicadores e fatores associados entre 1988 a 2008", Fundação Francisco Manuel dos Santos, Julho 2014.

BELEZA, Teresa (2010)- Direito das Mulheres e da Igualdade Social - A Construção Jurídica das Relações de Género, Almedina, Lisboa 2010

BLOCO DE ESQUERDA (2022) - Violência obstétrica: o caso português. In Esquerda. Lisboa : Bloco de Esquerda. [Consult. 18 mai. 2022]. Disponível em WWW:<URL: <https://www.esquerda.net/dossier/violencia-obstetrica-o-caso-portugues/66102>>.

BORBA, Camila, (2012) Violência institucional durante a parturição, UFRGS, Porto Alegre, 2012

BROWSER D. (2010). Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-based Childbirth: report of a landscape analysis. USAID/TRAction Project; University

CHANDLER, Jo, (1993) “Nurses to give babies doses of vitamin K orally”, The Age (Melbourne, Australia), Late Edition, January 20, 1993, Section: NEWS, p. 4.

CONVENÇÃO INTERAMERICANA para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, “Convenção de Belém do Pará” [Em linha]. Belém do Pará : [s.n.]. [Consult. 14 mai. 2022]. Disponível em WWW:<URL: <https://www.oas.org/pt/cidh/mandato/Basicos/belemdopara.pdf>>.

COSTA ANDRADE, (2004) Manual da Consentimento e Acordo em Direito Penal – (Contributo para a Fundamentação de um Paradigma Dualista), Coimbra, Coimbra Editora, Junho 2004.

COUNCIL OF EUROPE (2019) Obstetrical and gynaecological violence 2020 [Consult. 18 abr. 2022]. Disponível em WWW:<URL: <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=28236&lang=en>

DIAS PEREIRA, André Gonçalo,(2004) O Consentimento Informado na Relação Médico-Paciente – Estudo de Direito Civil, Coimbra, Coimbra Editora, Junho de 2004.

DIAS PEREIRA, André Gonçalo,(2015) Direito dos pacientes e responsabilidade médica, Coimbra, Coimbra Editora, 1ª Edição, Fevereiro 2015.

DIAS, Figueiredo, (2012) Direito Penal - Parte Geral - Tomo I - Questões Fundamentais; A Doutrina Geral do Crime, 2.ª Edição, Coimbra Editora, Coimbra, 2012

Direção Geral da Saúde,(2015) “Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco” Lisboa, Novembro, 2015.

DIREÇÃO GERAL DE SAUDE (2021) Orientação 018/2020 [Consult. 15 abr. 2022]. Disponível em WWW:<URL: <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0182020-de-30032020-pdf.aspx>

EL PAÍS (2020) ONU condena Espanha a indenizar mulher pela violência obstétrica sofrida durante o parto [Consult. 20 abr. 2022]. Disponível em WWW:<URL: <https://brasil.elpais.com/sociedade/2020-03-12/onu-condena-espanha-a-indenizar-mulher-pela-violencia-obstetrica-sofrida-durante-o-parto.html>

EPORTUGAL.GOV.PT (2022) - O que é o consentimento informado? [Em linha]. [S.I.] : ePortugal.gov.pt. [Consult. 18 mai. 2022]. Disponível em WWW:<URL: <https://eportugal.gov.pt/cidadaos/cuidador-informal/consentimento-informado>>.

FIGO COMMITTEE (2012) ETHICAL ISSUES IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY [Consult. 30 mai. 2022]. Disponível em WWW:<URL: <https://www.glowm.com/pdf/english%20ethical%20issues%20in%20obstetrics%20and%20gynecology.pdf>

FIGUEIREDO DIAS (org.), (2012) Comentário Conimbricense ao Código Penal - Tomo I – Parte Especial, 2ª edição, Coimbra Editora, 2012.

HAMILTON, Graeme, (2017) “Mother's death raises ethical debate; Religious Beliefs; Choice to refuse transfusion was hers, report says”, The Star Phoenix (Saskatoon, Saskatchewan), Early Edition, November 15, 2017, Section: NATIONAL POST, p. N1.

HOUSTON, Muiris, (2006) “Respect and consent”, The Irish Times, March 7, 2006, Section: HEALTH; YourHealth, p. 3.

HYPNOBIRTHING PORTUGAL (2021) Exames Vaginais: uma intervenção desnecessária [Consult. 30 mai. 2022]. Disponível em WWW:<URL: <https://www.hypnobirthingportugal.com/single-post/2017/01/05/ExamesVaginais>

LASSI ZS, Salam RA, Haider BA, Bhutta (2013) ZA. Folic acid supplementation during pregnancy for maternal health and pregnancy outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013.

MAL ME QUER (2010) - Causas [Em linha]. [S.I.] : Mal Me Quer. [Consult. 18 mai. 2022]. Disponível em WWW:<URL: <https://malmequer.webnode.com.pt/abuso-obstetrico/causas/>>.

MARQUES DA SILVA, Germano, (2020) Direito Penal Portugues, Universidade Católica, 2020 , Lisboa.

NAÇÕES UNIDAS (2019) A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence [Consult. 19 mai. 2022]. Disponível em WWW:<URL: <https://digitallibrary.un.org/record/3823698>

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE (2008) A meta-analysis of passive descent versus immediate pushing in nulliparous women with epidural analgesia in the second stage of labor [Consult. 19 mai. 2022]. Disponível em WWW:<URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18226152/>

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE (2008) A prospective cohort study of maternal and neonatal morbidity in relation to use of episiotomy at operative vaginal delivery [Consult. 19 mai. 2022]. Disponível em WWW:<URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19035943/>

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE (2008) A randomised controlled trial of two instruments for vacuum-assisted delivery (Vacca Re-Usable OmniCup and the Bird anterior and posterior cups) to compare failure rates, safety and use effectiveness [Consult. 20 mai. 2022]. Disponível em WWW:<URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20618242/>

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE (2008) Obstetric anal sphincter injury: incidence, risk factors, and management [Consult. 19 mai. 2022]. Disponível em WWW:<URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18216527/>

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE (2008) Operative Vaginal Delivery [Consult. 19 mai. 2022]. Disponível em WWW:<URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18216527/>

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE (2008) Providing oral nutrition to women in labor [Consult. 21 mai. 2022]. Disponível em WWW:<URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18455110/>

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE (2008) Trends in major modifiable risk factors for severe perineal trauma, 1996-2006 [Consult. 21 mai. 2022]. Disponível em WWW:<URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18420204/>

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE (2008) Vacuum-assisted vaginal delivery [Consult. 21 mai. 2022]. Disponível em WWW:<URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18953972/>

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE (2010) Labour analgesia and obstetric outcomes [Consult. 21 mai. 2022]. Disponível em WWW:<URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21148655/>

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE (2016) Labor stimulation with oxytocin: effects on obstetrical and neonatal outcomes [Consult. 21 mai. 2022]. Disponível em WWW:<URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4982443/>

ORDEM DOS MÉDICOS (2021) Nota sobre a Resolução da Assembleia da República (n.º 181/2021) sobre violência obstétrica [Consult. 30 mai. 2022]. Disponível em WWW:<URL:<https://ordemdosmedicos.pt/nota-sobre-a-resolucao-da-assembleia-da-republica-n-o-181-2021-sobre-violencia-obstetrica/>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2014) Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde, . [Consult. 18 mai. 2022]. Disponível em WWW:<URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=7F09B6CDCDC55BDA35C963BBAFC212AA?sequence=3

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2020) Genomics [Consult. 18 mai. 2022]. Disponível em WWW:<URL: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/genomics>

PARLAMENTO EUROPEU (2020) Resolução do Parlamento Europeu, de 24 de junho de 2021, sobre a situação da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos na UE, no contexto da saúde das mulheres [Consult. 18 abr. 2022]. Disponível em WWW:<URL: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0314_PT.html

PEREIRA, André Dias, (2015) Direitos dos Pacientes e Responsabilidade Médica, Coimbra Editora, Coimbra, 2015

PITKIN, B Peattie, A. Magowan, Joan Alison, Brian, (2003) Obstetrics and Gynaecology an illustrated colour text, Churchill Livingstone, 2003

RIBEIRO DE FARIA, (2017) Maria Paula, Formas Especiais do Crime, UCP Porto, 2017

SAPO (2021) As marcas físicas e emocionais de um parto traumático [Consult. 30 mai. 2022]. Disponível em WWW:<URL: <https://activa.sapo.pt/saude/2021-05-11-as-sequelas-fisicas-e-emocionais-de-um-parto-traumatico/>

SILVA DIAS, Augusto, (2021) Crimes contra a vida e integridade física, AAFDL, 2021 Lisboa

TAIPA DE CARVALHO, Américo A.(2016) Direito Penal Parte Geral /Questões Fundamentais Teoria Geral do crime, Universidade Católica, 2016, Lisboa

UNITED NATIONS (2019) Special Rapporteur on violence against women and girls, its causes and consequences [Consult. 20 abr. 2022]. Disponível em WWW:<URL: <https://www.ohchr.org/en/calls-for-input/report-human-rights-based-approach-mistreatment-and-obstetric-violence-during>

UNITED NATIONS. General Assembly (2019) - A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence [Em linha]. Report by Dubravka Šimonović. [S.I.] : United Nations. A/74/137. [Consult. 14 mai. 2022]. Disponível em WWW:<URL: <https://digitallibrary.un.org/record/3823698>>.

WOLLSTONECRAFT, Mary - Uma Vindicação Dos Direitos Da Mulher, antiga 2017

CÓDIGO CIVIL, 27^o edição, grupo porto editora, ISBN 978-972-0-00355-3, 2022

CÓDIGO DEONTOLOGICO DA ORDEM DOS MÉDICOS (2009) Disponível em WWW:<URL: https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1434&tabela=leis&so_miolo=

CÓDIGO PENAL, 10.^a edição, grupo porto editora, ISBN 978-972-0-00356-0, 2022

CONSTITUIÇÃO DA RÉPUBLICA PORTUGUESA, grupo porto editora, ISBN 978-972-0-00213-6

CONVENÇÃO de Istambul, Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência contra as Mulheres e a Violência Doméstica de 11 de maio de 2011 [Consult. 5 de abril 2022]. Disponível em WWW:<URL: https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1878&tabela=leis

CONVENÇÃO Europeia dos Direitos Humanos, Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais de dezembro de 1953 [Consult. 5

de abril 2022]. Disponível em WWW:<URL:
https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/convention_por.pdf

LEI nº 17.097, de 17 de Janeiro De 2017 Estado de Santa Catarina Brasil [Consult. 9 de abril 2022]. Disponível em WWW:<URL:
<https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:santa.catarina:estadual:lei:2017-01-17;17097>

LEY Nº 38.668 del 23 de abril de 2007 - Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia [Consult. 20 de abril 2022]. Disponível em WWW:<URL:
<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>

ACÓRDÃO de 2015-12-16 (Processo nº 1490/09.1TAPTM.L1-3), de 16 de dezembro Lisboa. Publicado no Diário da República [Consult. 18 mai. 2022]. Disponível em WWW:<URL: <https://dre.pt/dre/detalhe/acordao/3-2015-99317875>

LEI n.º 110/2019, de 9 de setembro. DRE [Em linha]. Lisboa : INCM. Publicado no Diário da República n.º 172/2019, Série I de 2019-09-09, páginas 94-101. [Consult. 18 mar. 2022]. Disponível em WWW:<URL:
<https://data.dre.pt/eli/lei/110/2019/09/09/p/dre/pt/html>.

LEI n.º 15/2014, de 21 de março. DRE [Em linha]. Lisboa : INCM. Publicado no Diário da República n.º 57/2014, Série I de 2014-03-21, páginas 2127-2131. [Consult. 18 mar. 2022]. Disponível em WWW:<URL:
<https://data.dre.pt/eli/lei/15/2014/03/21/p/dre/pt/html>.

REGULAMENTO n.º 14/2009, de 13 de Janeiro : Código Deontológico dos Médicos. In PGDL : Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa [Em linha]. Lisboa : PGDL. [Consult. 18 mar. 2022]. Disponível em WWW:<URL:
https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1434&tabela=leis&so_miolo=>.

RESOLUÇÃO da Assembleia da República n.º 4/2013 : Aprova a Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência contra as Mulheres e a Violência Doméstica, adotada em Istambul, a 11 de maio de 2011. Diário da República I série [Em linha]. 14 (21 janeiro 2013) 385-427. [Consult. 18 mar. 2022]. Disponível em WWW:<URL:<https://files.dre.pt/1s/2013/01/01400/0038500427.pdf>>.

CONVENÇÃO interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher “Convenção de Belém do Pará” Adotada em Belém do Pará, Brasil, em 9 de junho de 1994, no Vigésimo Quarto Período Ordinário de Sessões da Assembleia Geral [Consult. 5 de abril 2022]. Disponível em WWW:<URL: <https://www.oas.org/pt/cidh/mandato/Basicos/belemdopara.pdf>

APÊNDICES

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A - Avaliação comparativa de materiais.

APÊNDICE A

Avaliação comparativa de materiais

