

Associação Portuguesa de Mulheres Juristas

Prémio Teresa Rosmaninho - Direitos Humanos, Direitos das Mulheres – 2016



## **A Violência Obstétrica: a violência institucionalizada contra o género**

Vânia Alexandra Dos Santos Simões

Lisboa

2016

## ÍNDICE

Summary	3
Aspetos Introdutórios	4
1. Do enquadramento da violência obstétrica	7
a) Noções sobre o parto – Generalidades	7
b) Conceito de Violência obstétrica e os seus Tipos	8
i) Violência física	12
ii) Violência psicológica	14
iii) Violência Sexual	15
iv) Violência institucional	16
2. Direitos da parturiente	
2.1.1. Direito a um parto seguro, assistido e humanizado	17
2.1.2. Direito a decidir sobre o parto	18
2.1.3. Direito ao alívio da dor	18
2.1.4. Direito ao acompanhamento	19
2.1.5. Direito à livre movimentação	20
2.1.6. Direito à amamentação e ao aconchego do bebé	21
2.1.7. Direito à informação e ao consentimento informado	21
2.1.8. Direito à privacidade e à confidencialidade	24
2.1.9. Direito à mínima interferência	25
2.1.1.0. Direito à responsabilização	25
3. Do enquadramento jurídico-penal da violência obstétrica	29
4. Conclusões	35

## SUMMARY

Considering the notion of violence acquires in contexts of human rights - violence against women, domestic violence, marital violence, family violence, gender-based violence – the proposition is to reflect on the category "obstetric violence" mobilized by a group of women who claim recognition of damages caused by acts perceived as violent during obstetric practices in hospitals.

Moreover, at present there is no legislation that can support the mother in specific situations, it should make use of other means to ensure their rights. Acts violators of law are recognized independent of the choice of childbirth that women do, caesarean or natural, being held in public or private hospital.

The most constant forms of obstetric violence are identified by the lack of knowledge of the mother regarding the procedures by which it will be submitted.

In this sense, the idea is to discuss how reproductive and sexual rights are in dispute in the field of criminal law & medical law and how the language of human rights is operated to express demands that are put in conflict with an existing medical-scientific discourse.

Understanding that the actors involved in these claims appropriate specific discourses of medicine to reshape them according to their different conceptions of body and care, the intent is to reflect on what is produced and operated in the "obstetric violence" as well as raise discussions about the speech operated to legitimize the position of victims of such violence.

## Aspetos Introdutórios

A temática dos abusos obstétricos começou por ser veiculada pelos *media*. Do ponto de vista jurídico, o fenómeno não encontra consagração legal, ou, qualquer discussão doutrinária. Em Portugal, não tem havido sensibilização ou alerta para este fenómeno junto da população, da comunidade médica e mesmo, dos/das juristas. A violência obstétrica ainda é, atualmente, encarada como algo inerente ao parto.

O “terror” do parto normal/vaginal tem-se generalizado de, tal modo, em Portugal, e um pouco por todo o mundo ocidental, que muitas mulheres optam por recorrer à cesariana, através de seguros e planos de saúde, para garantirem um atendimento condigno e evitarem estes cenários.

Prevalece, atualmente, o parto protagonizado pelos/pelas profissionais de saúde, um parto técnico, sem que a mulher possa decidir como dar à luz, o que fazer do seu corpo, vendo assim, desrespeitados os seus direitos reprodutivos e sexuais.

Veja-se que, *“O parto hoje é visto, pensado e organizado com este objetivo: facilitar a atuação do obstetra. Passou a ser considerado potencialmente perigoso. Transformou-se num evento médico, deixando de ser encarado como um evento fisiológico e natural, experiência milenar feminina, cujo papel principal é exercido por uma mulher ativa e protagonista. Quem faz o parto hoje é o médico obstetra. A parturiente é a paciente, que, equivocadamente, chega a ser-lhe grata por ter-lhe dado” seu filho, são e salvo“: salvo dos perigos que um corpo de mãe supostamente trama contra o filho em seu ventre.*

*Paralelamente à apropriação do parto pelos médicos, o corpo feminino foi progressivamente depreciado. [...]* <sup>1</sup> - fenómeno designado como medicalização do parto e do corpo feminino<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup>Larissa Nazário e Fátima Hammarstron - Os direitos da parturiente nos casos de violência obstétrica, XVII seminário internacional de educação no Mercosul, Unicruz, 2015, citando Nogueira e Lessa. Disponível em <http://unicruz.edu.br/mercosul/pagina/anais/2015/1%20-%20ARTIGOS/OS%20DIREITOS%20DA%20PARTURIENTE%20NOS%20CASOS%20DE%20VIOLENCIA%20OBSTETRICA.PDF>. Acesso em 17/07/2016

<sup>2</sup>O partejar era do domínio exclusivo das mulheres, não apenas por ser do âmbito do privado mundo feminino como por ser considerado de pouca importância para que dele se ocupassem os homens. (...) é somente durante os séculos XVIII e XIX que a prática de cuidados com o corpo feminino vai se desenvolver, organizar e, enfim, se consolidar como área do conhecimento (...). Da obstetrícia, nome dado a estes conhecimentos e práticas sistematizados, nascem: a ginecologia, a embriologia e a genética. Foi somente durante o século XIX que a Medicina logrou desenvolver técnicas cirúrgicas, uso de anestésicos e teve êxito no combate à infeção puerperal, o que, então, lhe possibilitou a consolidação do domínio efetivo sobre essa prática no âmbito hospitalar. O século XIX, portanto, é marcado pela consolidação da medicina contemporânea como um saber científico e um novo tipo de prática médica com um projeto de medicalização dos corpos, uma medicina social, no sentido de estar voltada para a

A parturiente é uma paciente que inspira especiais cuidados por parte dos/das médicos(as), não só pela sua condição física, mas sobretudo, emocional – pela debilidade que a mesma apresenta por ocasião da gravidez, e deve por isso ser tratada condignamente.

Os abusos obstétricos são uma realidade muito recente, advindos da medicalização dos partos, que outrora se realizavam em casa, com auxílio das parteiras. Muitas mulheres, já chegam ao hospital com uma postura defensiva, demonstrando resistência aos/às médicos(as), na expectativa de serem violentadas.

A verdade é que a prática médica se orienta por valores que não se compatibilizam com o parto humanizado. São provas disso a imobilização da parturiente, o uso abusivo de ocitócicos, o recurso ainda frequente à manobra de *Kristeller*, da episiotomia e da episiorrafia desnecessárias.

Os maus tratos no parto, abusos obstétricos, violência no parto, ou qualquer outra denominação adotada, não encontra consagração expressa no Código Penal ou qualquer outro diploma legal. O ordenamento jurídico só tem resposta para casos, diga-se, extremos, de violência obstétrica, atente-se pois, o Acórdão do Tribunal de Relação de Évora, de 26/06/2012, processo 667/07.9TAEVR, que aborda uma situação de morte no parto.

Assim, um ato violento praticado contra a mulher, constitui uma violação dos Direitos Humanos. Estamos pois, perante uma situação de violência institucionalizada contra o género, ainda que relativamente recente, e, pouco consciencializada.

Este tipo de violência, atenta contra direitos fundamentais da parturiente, bem como do recém-nascido, como a dignidade da pessoa humana (artigo 1º da Constituição), o direito à integridade pessoal – física e moral (artigo 25º da Constituição), o direito à saúde (artigo 64º) e o direito à maternidade (artigo 68º).

---

grande massa da população. Por medicalizar entendemos a transformação de aspetos da vida quotidiana em objeto da medicina de forma a assegurar conformidade às normas sociais. E esta medicalização envolve fundamentalmente dois sentidos: o da produção de ideias sobre o corpo, a ciência, a saúde, a doença, a vida e a morte, e o de extensão dos cuidados médicos a todos os âmbitos da vida e cada vez a mais pessoas. Nas mulheres, esta extensão se dá sobre todos os seus ciclos vitais: menstruação, gravidez, parto e menopausa, que passam a serem objetos de intervenção da medicina, numa produção de ideias que vê o corpo feminino como medicamentosas sobre estes eventos.(...) do ciclo vital feminino por parte de muitas como algo que é natural. in AGUIAR, Janaína Marques, Violência institucionalizada em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de género, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2010

A violência obstétrica trata-se de um tipo de violência de género conforme nos ensina a alínea d), do artigo 3º da Convenção de Istambul<sup>3</sup>, porquanto define a violência de género como aquela que é dirigida contra a mulher, pela sua condição, ou que assim não sendo, a afeta desproporcionalmente.

Ora, a violência obstétrica afeta as mulheres por estas serem o género que dá à luz, o género que é sujeito às técnicas de procriação medicamente assistida, ou seja, é uma violência inerente à condição de mulher, de progenitora.

A referida Convenção (de Istambul) tem por finalidade “proteger as mulheres contra todas as formas de violência, bem como prevenir e instaurar o procedimento penal relativamente à violência contra as mulheres e à violência doméstica” (artigo 1º, a)).

Neste estudo, começaremos por estabelecer os conceitos essenciais relativos ao fenómeno – noção e tipos de violência (1.). Introduziremos o tema com recurso ao Direito comparado, analisando alguns preceitos normativos sul-americanos, onde existe uma grande expressão de violência obstétrica, estando esta a ser combatida em vários planos (social, normativo, entre outros). Faremos referência aos direitos da parturiente enquanto paciente (2). Por fim, trataremos de analisar este fenómeno à luz do Código Penal (3), refletindo sobre a sua dignidade penal e a complexidade inerente ao fenómeno (por envolver violência física, psicológica e sexual).

Apesar de a violência obstétrica não se reconduzir exclusivamente ao momento do parto, podendo incidir sobre qualquer momento do processo reprodutivo (esterilização, fecundação, aborto, parto), o nosso estudo contemplará apenas a vertente da violência no parto.

---

<sup>3</sup> 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 nº 4/2013, de 14 de Dezembro. Deu origem à Lei n.º83/2015, de 5 de Agosto, que consagra a 38.ª alteração ao Código Penal português.

## 1. Do Enquadramento da Violência Obstétrica

### a) O Parto: Generalidades

O parto é um momento fisiológico que implica mudanças no corpo da mulher, que visam a adaptação do corpo feminino à expulsão do bebê, envolvendo momentos dolorosos para a parturiente. O termo da gravidez ocorre, em regra, entre a 37ª semana de gestação e a 42ª semana de gestação.

O parto pode ocorrer via vaginal ou ser um parto cirúrgico<sup>4</sup>. O parto vaginal conhecido como parto normal/natural, inicia-se com as contrações esporádicas do útero da mulher que se vão intensificando, podendo inclusive ser precedido pela rutura do saco amniótico (designada fase de dilatação do colo do útero). Com a dilatação completa do colo do útero (ao atingir 10 cm de diâmetro), inicia-se a fase de expulsão do feto, que ocorre por contração da musculatura do diafragma e da parede abdominal, que, associados às contrações, comprimem o útero de cima para baixo e da frente para trás. Após o nascimento do bebê, segue-se pouco depois, a fase de expulsão da placenta e membranas, após o seu descolamento (dequitação da placenta)<sup>5</sup>.

O parto dito normal/vaginal engloba o parto via vaginal, com e sem intervenção médica/cirúrgica – veja-se o exemplo de um parto vaginal em que houve episiotomia: apesar de estar em causa um parto vaginal, há intervenção médica/cirúrgica, o que poderia não ter necessariamente sucedido (designado como parto instrumentado).

---

<sup>4</sup>Durante várias décadas do século XX, muitas mulheres de classe média e alta no mundo industrializado deram à luz inconscientes. O parto sob sedação total (“sono crepuscular”, ou *twilight sleep*) começou a ser usado na Europa e nos Estados Unidos nos anos 10, e fez muito sucesso entre os médicos e parturientes das elites. Envolveu uma injeção de morfina no início do trabalho de parto e, em seguida, uma dose de um amnésico chamado escopolamina, assim a mulher sentia a dor, mas não tinha qualquer lembrança consciente do que havia acontecido. Geralmente o parto era induzido com ocitócitos, o colo dilatado com instrumentos e o bebê retirado com fórceps altos. Como a escopolamina era também um alucinógeno, podendo provocar intensa agitação, as mulheres deveriam passar o trabalho de parto amarradas na cama, pois se debatiam intensamente e às vezes terminavam o parto, cheias de hematomas. Para evitar que fossem vistas nesta situação vexatória, os leitos eram cobertos (...) com o advento de formas mais seguras de anestesia, persistiu o modelo de assistência com a mulher sendo “processada” em várias estações de trabalho (pré-parto, parto, pós-parto), como em uma linha de montagem (...) Na metade do século XX, o processo de hospitalização do parto estava instalado em muitos países, mesmo sem que jamais tivesse havido qualquer evidência científica consistente de que fosse mais seguro que o parto domiciliar ou em casas de parto. No modelo hospitalar dominante na segunda metade do século 20, nos países industrializados, as mulheres deveriam viver o parto (agora conscientes) imobilizadas, com as pernas abertas e levantadas, o funcionamento de seu útero acelerado ou reduzido, assistidas por pessoas desconhecidas (...) a mulher é submetida à chamada “cascata de procedimentos”. in *Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa, Violência obstétrica. Parirás com dor*, 2012: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>.Página 96. Acesso 15/07/2016

<sup>5</sup> E ainda o período de *Greenberg*, que se segue à fase da dequitação.

Já a cesariana ou parto cirúrgico, muito frequente nos dias de hoje, trata-se de uma intervenção médico-cirúrgica com a finalidade de ser retirado o feto, do útero materno. Por se tratar de uma cirurgia, envolve riscos superiores, comparativamente ao parto normal, quer para a mãe, quer para o feto. A recuperação da paciente é significativamente mais lenta no âmbito de um parto cirúrgico, em comparação com o parto normal.

## **b) Conceito de Violência obstétrica e os seus Tipos**

Este tipo de violência é perpetrado pela hegemonia do saber médico sobre o corpo da mulher (medicalização dos partos e do corpo feminino), atentando a autonomia das parturientes, enquanto pacientes. As parturientes são submetidas às designadas “cascatas de procedimentos”, muitas vezes de modo desnecessário, sem serem consultadas/informadas, para o efeito, vendo o seu ritmo biológico desrespeitado.

Sendo a violência obstétrica, um fenómeno remoto, faz-se necessário elencar quais os motivos que estarão na sua propensão, que passamos a citar<sup>6</sup>:

- “a) O poder da autoridade clínica;
- b) dificuldade de responsabilização no sistema hierárquico hospitalar;
- c) existência de políticas e protocolos de atuação;
- d) contexto e modelos de formação profissional que banalizam más práticas;
- e) massificação da assistência, cada vez menos personalizada.
- f) as expectativas de submissão;
- g) receio/incapacidade de questionamento de condutas clínicas;
- h) desconhecimento de direitos próprios, enquanto utentes de serviços de saúde, e dos deveres dos prestadores destes serviços;
- i) falta de conhecimento e contacto com o paradigma do parto fisiológico, que leva as mulheres a assumirem como "normais" formas de intervenção injustificadas.”

A primeira iniciativa legislativa, no âmbito da violência obstétrica, data de 2007, tendo ocorrido na Venezuela. A violência obstétrica encontra-se regulada na “*Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*”. Neste diploma,

---

<sup>6</sup> <http://malmequer.webnode.com.pt/abuso-obstetrico/causas>. Acesso em 01/07/2016



surge não só a penalização da violência obstétrica, como também a penalização de todas as formas de violência sobre o gênero feminino (como a violência doméstica).

Posteriormente à iniciativa Venezuelana, vários países latino-americanos, empreenderam esforços para legislar este fenômeno. Na Europa e nos Estados Unidos da América, não se conhece, à data, legislação para regular este fenômeno (da violência obstétrica). De facto, a violência obstétrica na América Latina assume proporções significativas.

Em 2014, a Organização Mundial de Saúde emitiu uma declaração contra a Violência Obstétrica. Pode ler-se no preâmbulo introdutório da declaração:“ (...) *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. (1-3) 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.(6-9) 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. (10) ”<sup>7</sup>*

A Organização Mundial de Saúde engendrou, inclusive, um guia de boas práticas, relativamente aos partos, datado de 1996<sup>8</sup>. Este guia procede à distinção e classificação de práticas médicas em quatro grupos, a saber:

- Grupo A, relativo a práticas benéficas;
- Grupo B, relativo a práticas que são danosas e/ou ineficientes;
- Grupo C, relativo a práticas inconclusivas, sobre as quais não há evidências dos seus benefícios;
- Grupo D, refere-se a práticas que são benéficas, porém utilizadas de modo desadequado e/ou abusivo;

A Organização Mundial de Saúde refere que parte significativa das medidas utilizadas nas maternidades foram reconduzidas ao Grupo B, como: a tricotomia, a lavagem intestinal, o jejum e o soro de rotina. Já a cesariana e a episiotomia, foram reconduzidas ao Grupo D.

Regressando ao nosso ponto de referência/partida, o ordenamento jurídico venezuelano, define o diploma *supra* citado, no artigo 51º, a violência obstétrica e as consequências advindas da sua prática, que passamos a citar:

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

*Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.*

*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 inmediata-mente al nacer.*

*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.*

---

<sup>7</sup>Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf). Acesso em 02/07/2016

<sup>8</sup>Disponível em <http://static.hmv.org.br/wp-content/uploads/2014/07/OMS-Parto-Normal.pdf>. Acesso em 07/07/2016

*Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer”. (...)*

*“En tales supuestos, el tribunal impondrá al responsable o la responsable, una multa de doscientas cincuenta (250 U.T.) a quinientas unidades tributarias (500 U.T.), debiendo remitir copia certificada de la sentencia condenatoria definitivamente firme al respectivo colegio profesional o institución gremial, a los fines del procedimiento disciplinario que corresponda”.*

Seguiu-se a Argentina, em 2009, com a Ley 24.685, “*Protección integral para prevenir e sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres*”, que define em moldes semelhantes, a violência obstétrica (artigo 6º, e)), cita-se:

*"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. (...) Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. "*

Em Portugal, não existe consagração expressa deste fenómeno no Código Penal. É de assinalar a existência de duas associações que zelam pelos direitos das parturientes. Uma delas APDMGP<sup>9</sup> (Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto) disponibiliza, inclusive, um plano de parto ao alcance das futuras mães. A outra, a Mal me quer, designa-se antes como sendo um projeto que visa prevenir e enfrentar a violência obstétrica<sup>10</sup>.

Fica um excerto da atual realidade dos partos em Portugal, segundo um estudo da APDMGP (Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto), realizado sobre os partos decorrentes entre 2012-2015<sup>11</sup>.

---

<sup>9</sup>Criada em 2014. É uma associação sem fins lucrativos.

<sup>10</sup><http://malmequer.webnode.com.pt/>

<sup>11</sup>[http://www.associacaogravidezparto.pt/wpcontent/uploads/2016/08/Experi%C3%AAs\\_Parto\\_Portugal\\_2012-2015.pdf](http://www.associacaogravidezparto.pt/wpcontent/uploads/2016/08/Experi%C3%AAs_Parto_Portugal_2012-2015.pdf). Acesso em 01/07/2016

" (...) 71,3% de partos que segundo as mulheres, aconteceram com alguma intervenção, da totalidade dos partos vaginais. (...) Em 2010, fomos também dos países da Europa com as mais elevadas taxas de cesariana (...) A epidural foi o procedimento mais comum, chegando aos 78,3%, seguido da episiotomia com 72,7%. Em 57,6% dos partos foi administrada ocitocina artificial e 50,2% das parturientes foram submetidas a rutura artificial da bolsa amniótica. O descolamento das membranas foi referido por 48,9% das mulheres. A 30,6% das mulheres foram administrados clisteres retais e a rapagem dos pelos púbicos ou tricotomia foi realizada a 16,7% das mulheres. 40,1% dos bebés nascidos por via vaginal nasceu por parto instrumentado: 29,7% com recurso a ventosa e 10,4% com recurso a fórceps, episiotomias e induções, entre outras intervenções. Apenas 48,8% dos partos foram vaginais e não instrumentados, mas se a estes retirarmos os trabalhos de partos induzidos – para os quais não há dados concretos – resta uma pequena parcela de partos que ocorreram de forma fisiológica. As consequências destas intervenções são difíceis de avaliar a curto, médio e a longo prazo. (...) no Serviço Nacional de Saúde em Portugal existe apenas uma opção: o parto hospitalar, apesar de existirem outras opções baseadas em evidência científica que têm vindo a ser recomendadas por outros países europeus. (...)"

O elenco de condutas que consubstanciam atos de violência obstétrica pode reconduzir-se à:<sup>12</sup>

#### **i) Violência física**

São exemplos de violência obstétrica física, por serem práticas institucionalizadas no seio médico, sem qualquer comprovação científica para o efeito:

---

<sup>12</sup>Autores há que, procederam à categorização das condutas da violência obstétrica, do seguinte modo: 1. Abusos físicos - dando como exemplos ser contida ou amarrada durante o parto (incluindo amarrar os pés às pernas da cama de parto durante o período expulsivo), episiotomias desnecessárias, suturas pós parto sem oferta de anestesia e manobra de *Kristeller*; 2. Cuidados não consentidos – dando como exemplos a falta de informação por parte dos profissionais de saúde sobre alguns procedimentos médicos e a falta de permissão para realizar procedimentos médicos, incluindo episiotomias, amniotomias, entre outros; 3. Cuidados não confidenciais – dando como exemplos a exposição não consentida durante o trabalho de parto e o parto a pessoas não essenciais aos cuidados ou a partilha de dados sensíveis de outros pacientes entre profissionais por forma a que outros possam ouvir (incluindo passagens de turno à frente de um paciente), entre outros; 4. Cuidados não dignificantes (incluindo abusos verbais) – dando como exemplos a falta de consideração pelos sintomas e sentimentos referidos pela mulher, observações vaginais repetidas, muitas vezes por pessoas diferentes e sem consentimento prévio, entre outros; 5. Discriminação baseada em atributos específicos – dando como exemplos tratamentos diferenciados de acordo com raça, local de nascimento, estatuto social, profissão, entre outros; 6. Abandono ou recusa de cuidados – dando como exemplos deixar a mulher sozinha na sala num período longo de tempo durante o trabalho de parto (muito frequente desde a telemetria), não permitir entrada de acompanhantes durante o trabalho de parto e o parto, entre outros; 7. Detenção na instituição contra vontade própria – defendendo que nenhuma mulher pode ser forçada a permanecer no hospital contra vontade própria. in Isabel Maria Fonseca Ferreira, *Violência Obstétrica Institucional - estratégias para redução das intervenções obstétricas*, Acesso em 10/07/2016

o jejum forçado, o isolamento, a proibição de permanência do acompanhante, a restrição à liberdade de movimentos imposta à parturiente, amarrar a parturiente à maca, utilizar meios farmacológicos sem autorização, induzir o parto, realização de uma episiotomia sem necessidade e/ou consentimento, realização da manobra de *Kristeller*, agressões físicas, tricotomia (raspagem de pelos púbicos), a administração de ocitocina, cesariana sem indicação clínica (por motivos de conveniência médica), negação dolosa ou negligente do alívio à dor da parturiente.<sup>13</sup>

Em suma, podem reconduzir-se à violência física todas as condutas que inflijam dor ou danos físicos à parturiente ou ao nascituro, independentemente do tipo de dano que possa estar em causa.

A Manobra de *Kristeller* é, segundo a Organização Mundial de Saúde, uma prática a evitar por acarretar complicações para a parturiente. A manobra pode ser realizada com a subida de uma pessoa para cima do ventre da parturiente, ou, feita com pressão em cima da barriga da parturiente com um ou dois braços/antebraços, ou mesmo joelho(s). Esta prática é ainda frequente nas maternidades portuguesas não tendo benefícios associados, pelo que se deve evitar.

Podemos ainda reconduzir à violência física, todos os atos médicos que desrespeitem o ritmo biológico da parturiente e que sejam, portanto, invasivos/injustificados.

Atente-se pois, que ao promover estas técnicas estar-se-á, necessariamente, a causar dores, danos, e/ou riscos, afrontando assim, a integridade física da parturiente, seja através de lesões internas ou externas (como por exemplo hematomas), desnecessariamente/de modo arbitrário, tendo em conta razões de conveniência médica.

A violência física dirigida às parturientes, poderá em alguns configurar uma situação de ofensa à integridade física da paciente (artigo 143º e seguintes do Código Penal), podendo a paciente conseguir tutela por essa via. Enquanto comportamento violento dirigido ao género, encontra somente previsão no artigo 35º da Convenção de Istambul. Assim, se não resultar nenhum dano para a integridade física da parturiente, do ato violento, o mesmo não encontra encaixe enquanto conduta ilícita no Código Penal.

---

<sup>13</sup>Artigo 5º da Lei Argentina (nº 26.485); Artigo 15º e 42º da *Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia* de 19/03/2007

## ii) Violência psicológica

Consustanciam atos de violência psicológica, as humilhações, a indução da grávida em erro com ameaças para que a mesma consinta a realização de uma prática (por motivos de conveniência médica), tratamentos discriminatórios, atendimento que não empático/urbano, faltas de respeitos/maus tratos psicológicos, comentários inapropriados (atentatórios à auto - estima da mulher), menosprezo dos pedidos feitos pela parturiente, omissão de informação sobre o decorrer do parto - sem que lhe seja dada qualquer explicação sobre os procedimentos adotados, bem como, informações sobre o estado de saúde do filho. Consustanciam, portanto, atos de violência psicológica, todos aqueles que sejam idóneos a desestabilizar emocionalmente a parturiente, que pelas circunstâncias, já se encontra particularmente vulnerável.<sup>14</sup>

Pode ainda suceder o incremento de sentimentos de inferioridade e/ou culpabilização da parturiente para que se sujeite aos procedimentos desejados pelos/pelas obstetras. Traduz-se, essencialmente, em condutas que causam danos emocionais e/ou psicológicos à parturiente, podendo assumir a forma de condutas negligentes, ou, de tratamento indiferente da paciente ou mesmo, no seu “abandono”.

As legislações latino-americanas preveem, nesta questão, o crime de ameaça perpetrado pelos/pelas profissionais de saúde, que se traduz, neste caso, em frases com conteúdo intimidatório/ameaçador, por forma a levar a cabo um dano físico, psicológico e/ou sexual. <sup>15</sup>Esta abordagem à violência psicológica também está presente na Convenção de Istambul, no artigo 33º, que admite a violência psicológica sob a forma de coação e ameaças.

O Código Penal Português penaliza, enquanto crime autónomo, o crime de ameaça. No crime de ameaça, o bem jurídico em causa é a liberdade de decidir e atuar. No caso em concreto, a mensagem transmitida pelo/pela médico(a) à parturiente, deve ser apta para lhe provocar medo ou inquietação, a fim de esta consentir algum procedimento ao qual não estava disposta. Em alguns casos, este consentimento é obtido, com a indução em erro da parturiente.

---

<sup>14</sup>Artigo 5º e 6º da Lei Argentina (nº 26.485); Artigo 15º e 39º da *Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violência* de 19/03/2007.

<sup>15</sup>Artigo 15º da *Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violência* de 19/03/2007.

### iii) **Violência Sexual**

A violência sexual exprime-se em condutas que atentam os direitos sexuais das mulheres, que violam a sua intimidade/integridade física sexual e/ou reprodutiva.

São exemplos deste tipo de violência, a realização de episiotomia de rotina sem necessidade, os sucessivos exames de toque invasivos e/ou agressivos, a cesariana sem consentimento informado e/ou sem necessidade, o descolamento de membranas sem consentimento informado, a imposição da posição supina para dar à luz, exames repetitivos dos mamilos sem esclarecimento e/ou sem consentimento.

Consideram-se ainda, atos de violência sexual, intervenções no parto como a dilatação/redução manual do colo do útero, o exame de toque, sendo que todos estes procedimentos prejudicam a dinâmica do parto, desrespeitando o ritmo biológico da paciente e aos quais a mesma se apresenta totalmente indefesa.

A episiotomia é considerada uma moderna forma de mutilação genital feminina. Trata-se de uma cirurgia, de um corte, na zona da vulva e do períneo. É considerada uma lesão de grau 2, quando não mais grave, pelo que pode apresentar perigos significativos para a mulher, por afetar músculos, vasos sanguíneos e tendões.<sup>16</sup>

A episiotomia abrange as várias dimensões ou tipos de violência obstétrica - de caráter físico, sexual e psicológico, podendo acarretar danos sexuais importantes para a mulher, como dor nas relações sexuais, incontinência urinária e fecal entre outros danos consideráveis. A Organização Mundial de Saúde refere que a episiotomia não deve ser utilizada de modo rotineiro, pelo que a sua percentagem de prática deve rondar os 10% a 15%. Em Portugal, esta taxa ronda os 73%, pelo que é, prática rotineira nos hospitais portugueses.

Muitos dos supostos benefícios que levam os/as médicos(as) a recorrer a esta cirurgia, não estão cientificamente comprovados, havendo inclusive, estudos que vão no sentido de indicar que este procedimento tem precisamente efeitos contrários aos que a comunidade médica alega como benéficos, podendo em alguns casos necessitar de cirurgia corretiva. A episiotomia é a única cirurgia que é atualmente realizada sem

---

<sup>16</sup>Larissa Nazário e Fátima Hammarstron - Os direitos da parturiente nos casos de violência obstétrica, XVII seminário internacional de educação no Mercosul, Unicruz, 2015. Disponível em <http://unicruz.edu.br/mercosul/pagina/anais/2015/1%20%20ARTIGOS/OS%20DIREITOS%20DA%20PARTURIENTE%20NOS%20CASOS%20DE%20VIOLENCIA%20OBSTETRICA.PDF>. Acesso em 17/07/2016

consentimento médico e/ou informação para o efeito, sendo feita muitas vezes sem indicação (e, portanto, desnecessariamente).

Muito controverso nesta questão, é o chamado “ponto do marido”, que se trata de um procedimento inerente à episiotomia, cujo objetivo é deixar a vagina da mulher mais estreita do que se apresentava antes do parto, com o pretexto de que com que o parto, a mulher poderá apresentar algum tipo de disfunção sexual e obstar ao prazer sexual masculino. Algumas mulheres sentem dores nas relações sexuais após este procedimento, e, outras desenvolvem infecções.<sup>17</sup>

A violência sexual dirigida às parturientes, enquanto comportamento violento dirigido ao gênero, encontra previsão nos artigos 25º e 36º da Convenção de Istambul, sendo que a Convenção prevê ainda para as vítimas de violência sexual a possibilidade/necessidade de medidas de acompanhamento.<sup>18</sup>

#### **iv) Violência Institucional**

A violência institucional advém, tanto de instituições públicas, como de instituições privadas, que deveriam zelar pela observação de regras e pelo respeito dos direitos dos cidadãos, mas que levam a cabo condutas que dificultam ou impedem o acesso da mulher aos seus direitos (ações ou serviços).<sup>19</sup> É um tipo de violência mais frequente no âmbito das instituições públicas do que nas privadas, pelo facto de nos hospitais privados a taxa de cesarianas ser muito superior às praticadas nos hospitais públicos.

São exemplos de violência obstétrica institucional, o impedimento do acesso aos serviços de atendimento à saúde, o impedimento à amamentação, a omissão ou violação

---

<sup>17</sup>in Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa, Violência obstétrica. Parirás com dor, 2012: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso 15/07/2016. Página 82

<sup>18</sup> 1. As Partes deverão adotar as medidas legislativas ou outras que se revelem necessárias para assegurar a criminalização da conduta de quem intencionalmente: a)Praticar a penetração vaginal, anal ou oral, de natureza sexual, de quaisquer partes do corpo ou objetos no corpo de outra pessoa, sem consentimento desta última; (...) 2.O consentimento tem de ser prestado voluntariamente, como manifestação da vontade livre da pessoa, avaliado no contexto das circunstâncias envolventes.

<sup>19</sup>Janaína Marques Aguiar, Violência institucionalizada em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2010 – página 15. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-21062010-175305/publico/JanainaMAGuiar.pdf>. Acesso 16/06/2016



dos direitos da mulher durante o seu período de gestação, parto e puerpério, a falta de fiscalização das agências reguladoras e demais órgãos competentes, a invocação de protocolos institucionais que impeçam ou contrariem as normas/direitos vigentes, a falta de prestação de informações à parturiente, bem como a falta de assistência à parturiente.<sup>20</sup> A violência institucional dirigida às parturientes, enquanto comportamento violento dirigido ao gênero, encontra previsão no artigo 12º n.º<sup>21</sup> da Convenção de Istambul.

## **2. Dos Direitos da Parturiente** <sup>2223</sup>

### **2.1.1. Direito a um parto seguro, assistido e humanizado**

Assiste à parturiente, o direito de ser tratada com respeito pela sua liberdade e dignidade, livre de qualquer tratamento que possa envolver a desumanização do atendimento.

Cabe referir neste âmbito, o respeito pelos princípios fundamentais da bioética: a autonomia – dar a oportunidade à parturiente de decidir as questões possíveis relativamente ao parto e ao seu corpo, a beneficência – através de condutas/técnicas que favoreçam a grávida, física e psicologicamente, bem como, o recém-nascido; evitar práticas abusivas, desnecessárias e sem comprovação científica dos seus benefícios, não maleficência – aplicar terapias ou tratamentos que causem o menor prejuízo possível à grávida, e a justiça – atender a parturiente de modo condigno.

Este direito visa a promoção do bem-estar da mãe e do recém-nascido, com a assistência devida. A humanização do parto não compreende somente o tratamento condigno e urbano da mulher, contemplando também o direito a um ambiente

---

<sup>20</sup>Janaína Marques Aguiar, Violência institucionalizada em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2010 – página 15. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-21062010-175305/publico/JanainaMAGuiar.pdf>. Acesso 16/06/2016

<sup>21</sup> Artigo 12º n.º2: As Partes deverão adotar as medidas que se revelem necessárias para prevenir todas as formas de violência abrangidas pelo âmbito de aplicação da presente Convenção praticadas por qualquer pessoa singular ou coletiva. (pessoas coletivas/instituições)<sup>21</sup>.

<sup>22</sup>UNICEF, Guia da Gestante e do bebê, disponível em [http://www.unicef.org/brazil/pt/br\\_guiagestantebebe.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/br_guiagestantebebe.pdf). Acesso 25/05/2016

<sup>23</sup> Ana Carolina Previtali, Os direitos da mulher no parto, disponível em <http://docplayer.com.br/12455381-Os-direitos-da-mulher-no-parto-ana-carolina-previtali-nascimento-procuradora-da-republica.html>. Acesso em 25/05/2016

acolhedor, bem como, a adoção de práticas benéficas no âmbito da assistência à mãe e ao filho.

Neste sentido preceitua o artigo da Lei 15/2014, de modo esclarecedor, no seu artigo 4º (adequação da prestação dos cuidados de saúde)<sup>24</sup>, cita-se: *"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."*

### **2.1.2. Direito a decidir sobre o parto**

Nesta questão importa destacar a autonomia da grávida enquanto paciente, como já referido. Assiste assim, à parturiente, o direito de decidir sobre o seu parto, nomeadamente, o direito à escolha informada sobre os procedimentos.

Consagra o artigo 2ºnº1 da Lei 15/2014 que: "O utente dos serviços de saúde tem direito de escolha dos serviços e prestadores de cuidados de saúde (...)"

A parturiente pode, assim, expressar a sua vontade inequívoca quanto às opções de parto, recorrendo a um plano de parto, que deverá ser enviado para a instituição onde irá ocorrer o parto, com antecedência.

### **2.1.3. Direito ao alívio da dor**

As contrações desencadeadas pelo organismo, no momento da expulsão proporcionam dores à parturiente. Sucede que, muitas vezes, estas queixas das parturientes são ignoradas.

As dores do parto ainda são entendidas como retribuição advindas do pecado cometido pela mulher, quando Eva provou o fruto do pecado original, constando a sua referência em Gênesis<sup>3</sup>, versículo 16. Ao induzir Adão em erro, Eva/a mulher, terá

---

<sup>24</sup>O Código Deontológico dos Médicos 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).

recebido como punição, a dor no parto.<sup>25</sup> A Bíblia refere que a dor é inerente ao parto, tendo a mulher que a aceitar, sendo substituída pelo sentimento de prazer durante a concepção. Ora, este tipo de pensamento só expõe a mulher à violência obstétrica, institucionalizada, e mesmo de gênero.<sup>26</sup>

O alívio à dor, que se coloca maioritariamente, no âmbito do parto natural/vaginal, é um direito consagrado à parturiente, embora muitas vezes, desrespeitado. O recurso a anestésias, banhos, massagens, epidural e raquidiana, são alguns procedimentos que podem auxiliar no alívio à dor da parturiente. Cabe referir 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.

#### **2.1.4. Direito ao acompanhamento**

A parturiente tem direito a um acompanhante, podendo o acompanhante ser qualquer pessoa à sua escolha. O direito a um acompanhante abrange o parto normal e o parto cirúrgico.

São evidentes os benefícios fisiológicos que o parto, uma vez realizado com acompanhamento, trazem para a mãe e para o bebé. A parturiente sente-se mais confiante no parto, menos ansiosa, havendo desde logo diminuição do tempo do parto, relatando-se menos dor, dando-se a recuperação física mais rápida da mulher, estabelecendo-se o contacto imediato entre o recém-nascido e os seus progenitores e a facilidade na amamentação.

Muitas mulheres narram esta experiência sem uma pessoa significativa ao seu lado, experimentando por vezes experiências negativas e traumáticas, pois nem sempre a lei do acompanhante é respeitada. Considera-se desrespeitado o direito ao acompanhante quando há restrição na escolha do acompanhante, do tempo de permanência na sala de partos, ou, quando é negado o direito ao acompanhante pelo tipo de parto em causa (cesariana). É frequente, a invocação da falta de estrutura para o

---

<sup>25</sup>Briena Padilha Andrade, Violência obstétrica: a dor que cala, disponível em [http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3\\_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf](http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf). Acesso em 02/07/2016

<sup>26</sup>Briena Padilha Andrade, Violência obstétrica: a dor que cala, disponível em [http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3\\_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf](http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf). Acesso em 02/07/2016

acompanhante (comida/dormida). O acompanhante pode permanecer no período precedente ao parto, no parto e no pós-parto.

Este direito é amplamente regulado pela Lei 15/2004, em vários artigos, 12<sup>o27</sup>, 16<sup>o28</sup>, 17<sup>o29</sup> e 32<sup>o30</sup>, que apela igualmente, para os deveres do acompanhante aquando a sua permanência na sala de partos. O/A médico(a) deve respeitar este direito da paciente, constando a sua referência na Deontologia médica (artigo 54<sup>o</sup>).

### **2.1.5. Direito à livre movimentação**

A mulher deve ter liberdade de movimento e acomodar-se na posição que se sentir mais confortável. No âmbito deste direito, é de referir que os/as médicos(as) impõem às parturientes posições para a realização do parto, como a posição de supinas. A exigência deste tipo de procedimentos pode ser considerado uma afronta à autodeterminação da parturiente.

---

#### **<sup>27</sup>Artigo 12.º Direito ao acompanhamento**

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.

3 — É reconhecido o direito de acompanhamento familiar a crianças internadas em estabelecimento de saúde, bem como a pessoas com deficiência, a pessoas em situação de dependência e a pessoas com doença incurável em estado avançado e em estado final de vida.

Artigo 15 ° nº 2 — O acompanhante deve comportar -se com urbanidade e respeitar e acatar as instruções e indicações, devidamente fundamentadas, dos profissionais de serviço.

#### **<sup>28</sup>Artigo 16.º Condições do acompanhamento**

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.

#### **<sup>29</sup>Artigo 17.º Condições de exercício**

1 — O acompanhamento pode excecionalmente 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.

#### **<sup>30</sup>Art.32.º Adaptação dos estabelecimentos de saúde ao direito de acompanhamento da mulher grávida**

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 obstetrícia devem possibilitar, nas condições mais adequadas, o cumprimento do direito de acompanhamento de mulheres grávidas.

Muitas vezes, a mulher é contrariada a ficar numa posição na qual fica desconfortável e que não favorece o parto, sendo as posições mais favoráveis ao parto, as verticais, por auxiliarem a descida do bebé, e serem mais confortáveis para a parturiente, sendo que tais práticas não são aceites nos hospitais.

#### **2.1.6. Direito à amamentação e ao aconchego do bebé**

Assim que ocorra o nascimento, o recém-nascido deve ser colocado em contacto com a mãe, para que se dê o primeiro contacto pele-a-pele de ambos. O recém-nascido começa por procurar a mãe, pouco depois, para amamentar, instintivamente.

Deve também ocorrer o apoio à amamentação, desde que não haja impedimentos clínicos que obstem à separação da mãe, do bebé. Não raras vezes, mulheres tiveram alta com fissuras nos seios, devido a esta falta de apoio. É de notar que quanto mais tempo o bebé for afastado da mãe, mais difícil será o início da amamentação, pelo que é de relevar a importância do respeito deste direito.

#### **2.1.7. Direito à informação e ao consentimento informado**

Segundo a APDMGP, cerca de 44% das parturientes, não foi consultada a propósito das intervenções a que foi sujeita. A APDMGP esclarece que todas as intervenções e exames devem ser precedidos de uma explicação sobre o porquê de ter surgido o procedimento, como vai ocorrer, assim como os resultados esperados e os riscos associados. Cumpre esclarecer as dúvidas que possam surgir e apresentar alternativas possíveis. Deverá ser dado um tempo para reflexão, para que seja dada uma resposta livre de julgamento ou coerção, que deve ser sempre respeitada. Nisto consiste o consentimento livre e esclarecido.

Assim, quando é dada informação, sem espaço a esclarecimentos adicionais não se pode considerar que houve consentimento informado. Não obstante, o parto ser considerada uma situação de urgência, nem por isso deve a vontade da mulher e o seu direito à informação ser menosprezado. Para tal, existem os planos de parto, em que as parturientes deixam a sua vontade expressa daquilo que desejam para o seu parto. Caso a sua vontade não seja seguida, cabe à equipa médica dar esclarecimentos sobre os motivos que levaram a desrespeitar o plano de parto.

É referido em vários relatos de parto que grande parte dos exames de toque não são consentidos, bem como, faltou muitas vezes a consulta das parturientes sobre as intervenções ou exames realizados durante o parto e ainda esclarecimentos sobre as opções de parto.

Preceitua, assim, o artigo 3º da Lei 15/2014 – Direitos e deveres dos utentes, (cita-se): "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.", bem como, o artigo 7º, do mesmo diploma, (cita-se): "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 assume relevância essencial, nesta matéria, na medida em que há uma evidente assimetria informativa entre a parturiente, os seus familiares e a equipa médica, o que pode gerar uma situação de hegemonia dos/das profissionais de saúde junto das pacientes. Muitas vezes, o consentimento da mulher é violado, no âmbito do parto.<sup>31</sup> Exemplo típico, é o das cesarianas sem necessidade, e mesmo sem consentimento e, das episiotomias de rotina.

---

<sup>31</sup>Acórdão relativo ao processo 093/12, de 9/5/2012, disponível em [http://www.dgsi.pt/jsta.nsf/35fbbbf22e1bb1e680256f8e003ea931/9e989c326795bcbc80257a020034ae19?OpenDocument&ExpandSection=1&Highlight=0,obst%C3%A9trica#\\_Section1](http://www.dgsi.pt/jsta.nsf/35fbbbf22e1bb1e680256f8e003ea931/9e989c326795bcbc80257a020034ae19?OpenDocument&ExpandSection=1&Highlight=0,obst%C3%A9trica#_Section1). A autora sofreu uma infeção perineal grave decorrente do parto, tendo sido submetido a várias cirurgias corretivas. O douto Acórdão vem referir 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.(...) 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.

Não encontrará esta situação amparo no artigo 156º do Código Penal que tutela as intervenções médicas arbitrárias? Ou os fins justificam os meios – ou seja - a parturiente consentiu que lhe fizessem o parto, logo consente as intervenções necessárias para que o parto se realize com o desfecho pretendido? A nosso ver, o consentimento médico deve ser obtido para todos os procedimentos inerentes ao parto. Independentemente, de os/as médicos (as) invocarem a urgência das atuações e a rotina, para a desnecessidade da obtenção do consentimento da parturiente, a jurisprudência vai no sentido de exigir a necessidade de obtenção do mesmo.

A regra é, portanto, a da necessidade de obtenção do consentimento médico para realização de cirurgias/procedimentos, havendo, três hipóteses em que pode ser dispensada a sua necessidade: são os casos de intervenções expandidas, de emergência e casos previstos na lei (autorizações legais), sempre em respeito ao princípio da beneficência.

A situação de urgência<sup>32</sup> é aquela em que não é possível obter, em tempo útil, o consentimento do/da paciente para a realização da cirurgia, sendo que a demora na intervenção, acarreta perigo para sua a vida. Porém, os/as médicos (as) devem prestar as informações à paciente e pedir o seu consentimento para os cuidados posteriores, o que ainda assim não ocorre no âmbito dos partos, quando ocorrem situações que merecem atuações urgentes.<sup>33</sup>

O consentimento deve ser obtido de modo informado, livre, esclarecido (e escrito em alguns casos). Nos partos, o consentimento presumido<sup>34</sup> ou tácito<sup>35</sup>, constituem a rotina. O esclarecimento é fulcral para a autodeterminação da paciente. A paciente deve saber, ainda que de modo abstrato, os aspetos/as informações essenciais para a formação do seu consentimento (ao abrigo do direito ao livre desenvolvimento da personalidade).

Se não houve consentimento, há que averiguar, se tudo correu como esperado, ficando salvaguardada a integridade física da paciente, ou se, não havendo consentimento, resultaram efeitos colaterais/indesejados (havendo lugar à

---

32O consentimento pode ser dispensado no caso de estado de necessidade, desde que cumpra as finalidades do artigo 150º do Código Penal, o que é de difícil verificação no âmbito dos partos, pelo facto de muitos procedimentos não serem benéficos à parturiente ou não terem qualquer benefício associado.

33André Dias Pereira, Direitos dos Pacientes e Responsabilidade Médica, página 645

34Quando não se pode obter.

35Deduz-se pela conduta do/da paciente.

responsabilização). Nos casos em que a prática é consentida, só há lugar a responsabilização se houver má prática, ou seja, violação das *leges artis*.

Há autores que defendem que, não havendo danos, ainda assim há lugar a responsabilização penal por atentado à liberdade do paciente e, ainda responsabilidade civil por afronta ao artigo 70º do Código Civil, advinda pelos riscos e incómodos causados, por via do artigo 483º do Código Civil, 496º nº4 e artigo 494º (quantia arbitrada equitativamente) sendo indemnizáveis, os danos não patrimoniais/imateriais, resultantes de uma intervenção invasiva (paciente não ponderou custos-benefícios e poderia não ter consentido), posição que subscrevemos. A omissão total de informações, no âmbito do consentimento, constitui uma grave violação do direito ao consentimento esclarecido. Já a violação leve reporta-se a casos de omissão de informação, mas que seja secundária (muito pormenorizada).<sup>36</sup>

Estamos perante um direito amplamente regulado, inclusive pelo Código Deontológico dos Médicos, nos artigos 44º e seguintes do diploma.

### **2.1.8. Direito à privacidade e à confidencialidade**

A parturiente tem direito à privacidade no âmbito do seu parto, à proteção dos seus dados pessoais e do seu processo clínico. Os números 1 dos artigos 5º e 6º da Lei 15/2014 tutelam os direitos à proteção de dados pessoais, garantindo o sigilo dos mesmos e a reserva da vida privada.

A tutela destes direitos é ainda consagrada no Código Penal, no artigo 192º (devassa da vida privada) e no artigo 195º (violação de segredo profissional).<sup>37</sup> Este direito pode traduzir-se na não permissão pela parturiente, da entrada de pessoas alheias à realização do parto, bem como no respeito pela sua intimidade, com o evitar de condutas como as revisões constantes e exposição constante dos órgãos sexuais da parturiente.

---

<sup>36</sup>Comentário Conimbricense ao Código Penal, organizado por Jorge Figueiredo Dias, página 302-313 (anotação ao artigo 150º)

<sup>37</sup>Para ser punida a violação de segredo deve ser feita de modo arbitrária, sem consentimento da visada. A revelação de segredo por parte do(a) médico(a) não se afigura legítima, mesmo quando esteja em causa uma situação de estado de necessidade.



Estes direitos são ainda abordados pelo Código Deontológico dos Médicos, nos artigos 85º e seguintes do referido diploma.

À APDMGP foram reportados vários relatos de parto que plasmam o desrespeito deste direito, cita-se, a título de exemplo, um deles: “ *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.*”

### **2.1.9. Direito à mínima interferência**

Este direito da parturiente encontra-se relacionado com o direito à integridade física. Assiste à parturiente, no âmbito do seu parto, que este se realize com a menor intervenção médica possível, sendo respeitado o ritmo biológico da mulher para dar à luz.

Deve a vontade manifestada pela parturiente, ser respeitada pelos/pelas profissionais de saúde, quando por exemplo, uma mulher queira ter parto normal, não devem, os/as médicos (as) atentar contra a vontade da parturiente e realizar uma cesariana ou uma episiotomia, sem qualquer necessidade.

Este direito traduz-se na não realização de intervenções desnecessárias e/ou danosas para o corpo da mulher, por motivos de mera conveniência médica.

Assim, é de considerar, nesta questão, a cesariana por conveniência médica, sem indicação para o efeito, que a nosso ver, constitui não só um procedimento abusivo, como desprovido de ética, pois nos termos do artigo 5ºnº3 do Código Deontológico dos Médicos, o/a médico(a) tem o dever de interceder/de agir consoante o interesse do/da paciente, neste caso, da parturiente.

#### **2.1.1.0 Direito à responsabilização**

A parturiente tem direito a ver ressarcidos os danos que advém dos abusos obstétricos físicos/sexuais, e psicológicos. Nesta senda, deve operar a via de responsabilização civil ou contratual, conforme a entidade em que ocorreu o parto (pública ou privada).

Porém, é facto que, dificilmente ocorre a responsabilização dos/das profissionais de saúde, no âmbito da violência obstétrica pois, muitas vezes, a parturiente não tem

consciência da sua ocorrência, ou de como reagir. Raras vezes, estes casos seguem para a via judicial, a não ser que haja danos biológicos evidentes.

A responsabilidade criminal é, de facto, rara, senão mesmo inexistente, neste fenómeno. A responsabilidade criminal exige um nexó concreto, ao passo que a responsabilidade civil, basta-se com um nexó provável. Não se irá aqui discorrer sobre a responsabilidade disciplinar (deontológica e/ou laboral - consoante o vínculo que o/a médico(a) tenha com a instituição). Porém, cabe salientar que todos estes tipos de responsabilidade são cumuláveis.

No que respeita aos danos emocionais advindos da violência psicológica, estes não encontram tutela na legislação, quer civil, quer penal, e por isso a sua responsabilização é de difícil concretização. Ademais, a violência obstétrica, na sua vertente psicológica pode ser de difícil prova, haja visto que, muitas vezes as mulheres têm o parto sem acompanhante.

A violência psicológica exercida contra a parturiente pode revestir consequências tais como a depressão pós-parto, transtorno de stress pós-traumático, disfunções sexuais, tocofobia, latrofobia e nosocomefobia.<sup>38</sup> Aliás, a violência obstétrica física com sequelas físicas evidentes, por si só, já é de difícil prova junto dos tribunais.

Os danos sexuais podem reconduzir-se a danos físicos/biológicos e podem originar responsabilização. A sexualidade é um direito de personalidade (Acórdão Supremo Tribunal de Justiça de 08/09/2009), pelo que a sua afetação consubstancia um dano suscetível de indemnização (episiotomias não consentidas e/ou com danos colaterais para a parturiente).

Os danos físicos podem ainda ser causados ao recém-nascido, e devem igualmente ser responsabilizados, consoante haja ou não sequelas evidentes e/ou permanentes, ou seja, lesões biológicas sérias ao recém-nascido.<sup>39</sup>

---

<sup>38</sup><http://malmequer.webnode.com.pt/abuso-obstetrico/consequ%C3%A2ncias>

<sup>39</sup>Acórdão do processo 8411/12, 05/05/2016, Tribunal Central Administrativo Sul. <http://www.dgsi.pt/jtca.nsf/170589492546a7fb802575c3004c6d7d/c5bed1666053877480257fb80036c78b?OpenDocument&Highlight=0,obst%C3%A9trica>. Este acórdão aborda uma situação de um parto em que houve um nado morto, sendo que a mãe veio peticionar que o réu fosse declarado culpado pela morte da filha, por atuação negligente de um dos médicos que a assistiu, nos termos do artigo 3º, nº 1 do D.L nº 48051/67. O médico foi declarado culpado da morte da filha da autora, por omissão negligente na garantia dos meios técnicos necessários ao diagnóstico que permitiria ter salvo o feto, nos termos do artigo 483º do C. C. Ainda sobre este assunto, o Acórdão do Supremo Tribunal Administrativo, relativo ao processo 446/06, de 28-11-2007, disponível em [http://www.dgsi.pt/jsta.nsf/35fbbbf22e1bb1e680256f8e003ea931/93ef200361892d56802573ae004d3b7b?OpenDocument&ExpandSection=1&Highlight=0,obst%C3%A9trica#\\_Section1](http://www.dgsi.pt/jsta.nsf/35fbbbf22e1bb1e680256f8e003ea931/93ef200361892d56802573ae004d3b7b?OpenDocument&ExpandSection=1&Highlight=0,obst%C3%A9trica#_Section1) e o Acórdão do

A problemática da ausência do consentimento da parturiente para a realização de certos procedimentos no âmbito do parto, poderá ser fonte de responsabilidade penal/civil. Se a intervenção não for consentida e resultarem lesões e/ou efeitos colaterais é evidente a responsabilização por violação do artigo 70º do Código Civil, por via do artigo 483º do Código Civil, havendo lugar à compensação possível pelos danos biológicos e morais. Entendimento que subscrevemos, a par, dos diversos existentes na Doutrina.

Se a parturiente tiver consentido o(s) procedimento(s) e mesmo assim advierem danos, a indemnização é ponderada através do artigo 570º do Código Civil, havendo lugar à responsabilidade reduzida ou excluída.

O sistema jurídico Norte-americano admite o mecanismo de indemnização “*no-fault*”, para casos de danos neurológicos em recém-nascidos, que reveste a natureza de responsabilidade civil subjetiva para casos especialmente graves, independentemente da culpa dos/das obstetras. Assim, dá-se o acesso à compensação das famílias e a prevenção na medicina, com a socialização do risco.<sup>40</sup>

Em Portugal, ainda é fraca a expressão de responsabilização dos/das obstetras, sendo ainda de salientar, o baixo valor indemnizatório nestes casos (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).<sup>41</sup>

O Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça, de 7/10/2010, admite que a obstetrícia tem subjacente uma obrigação de resultado, sendo uma especialidade de grande risco. Autores há nesta corrente que, consideram que, se o/a obstetra provar que não foi negligente, não responde pelos danos, pois haverá a inversão do ónus da prova, neste caso.<sup>42</sup> Concordamos com esta corrente, pois a obstetrícia, no caso dos partos, tem como finalidade auxiliar a parturiente a dar à luz, o recém-nascido. Além de que é, na prática muito difícil, à parturiente provar os abusos obstétricos, devendo o ónus da prova favorecê-la.

---

Supremo Tribunal Administrativo, relativo ao processo 0404/16, 14/04/2016, disponível em: [http://www.dgsi.pt/jsta.nsf/35fbbbf22e1bb1e680256f8e003ea931/3d017dae723d558d80257fa1002dedff?OpenDocument&ExpandSection=1&Highlight=0,obst%C3%A9trica#\\_Section1](http://www.dgsi.pt/jsta.nsf/35fbbbf22e1bb1e680256f8e003ea931/3d017dae723d558d80257fa1002dedff?OpenDocument&ExpandSection=1&Highlight=0,obst%C3%A9trica#_Section1).

<sup>40</sup> André Dias Pereira, Direitos dos Pacientes e Responsabilidade Médica, página 633

<sup>41</sup> André Dias Pereira, Direitos dos Pacientes e Responsabilidade Médica, página 633

<sup>42</sup> André Dias Pereira, Direito dos Pacientes e Responsabilidade Médica, página 633

Em caso de violência obstétrica, a Associação para os Direitos da Mulher na Gravidez e no Parto aconselha a apresentação de queixa junto da Entidade Reguladora da Saúde<sup>43</sup> através do Livro de Reclamações ou na internet, com um relato de parto<sup>44</sup>.

Se a queixa for contra um(a) profissional de saúde em específico, aconselha ainda à apresentação de queixa nas ordens dos Médicos ou Enfermeiros. O artigo 9º da Lei 14/2015 regula as queixas e reclamações no que se refere aos direitos dos/das pacientes.<sup>45</sup>

O direito das vítimas de violência (incluindo de obstetrícia) a recorrerem à via jurisdicional para obtenção de uma indemnização pelos danos causados encontra-se consagrado nos artigos 29º e 30º<sup>46</sup> da Convenção de Istambul<sup>47</sup>. As vítimas deverão ter acesso a serviços que auxiliem a sua recuperação das consequências da violência, como o aconselhamento jurídico, psicológico e a assistência financeira, se necessário. O procedimento penal também se encontra previsto na Convenção de Istambul, no capítulo IV Investigação, ação penal, direito processual e medidas de proteção - artigo 49º e seguintes, referindo o diploma que os crimes de violência contra as mulheres devem revestir natureza pública.<sup>48</sup> A realidade é que apesar destes preceitos, no que toca à violência obstétrica, existe como que um vazio legal para que as pacientes possam apresentar queixa, bem como, para terem acesso a uma indemnização.

---

<sup>43</sup>Compete ainda à Entidade Reguladora da Saúde, nos termos do Decreto-Lei 126/2014, a garantia dos direitos dos utentes (artigo 5º b) garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde e dos demais direitos dos utentes; e artigo 33º, c) Garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes;

<sup>44</sup>1 — O utente dos serviços de saúde tem direito a reclamar e apresentar queixa nos estabelecimentos de saúde, nos termos da lei, bem como a receber indemnização por prejuízos sofridos.

2 — As reclamações e queixas podem ser apresentadas em livro de reclamações ou de modo avulso, sendo obrigatória a resposta, nos termos da lei.

3 — Os serviços de saúde, os fornecedores de bens ou de serviços de saúde e os operadores de saúde são obrigados a possuir livro de reclamações, que pode ser preenchido por quem o solicitar."

<sup>45</sup>A legislação Venezuelana prevê, a par da responsabilidade penal, a responsabilidade civil, assegurando à mulher ou aos/às seus/suas herdeiros(as), o direito a uma indemnização no seu artigo 61º do mencionado diploma.

<sup>46</sup>1 - As Partes deverão adotar as medidas legislativas ou outras que se revelem necessárias para garantir que as vítimas tenham o direito de exigir dos perpetradores uma indemnização pela prática de qualquer uma das infrações previstas na presente Convenção.

2 - Deverá ser concedida uma indemnização estatal adequada aos que sofreram ofensas corporais graves ou ofensa grave à saúde, na medida em que o dano não esteja coberto por outras fontes, tais como o perpetrador, um seguro ou medidas sanitárias e sociais financiadas pelo Estado. Isso não impede as Partes de exercerem o direito de regresso contra o perpetrador pela indemnização concedida, desde que a segurança da vítima seja devidamente tida em conta.

<sup>47</sup>1-As Partes deverão adotar as medidas legislativas ou outras que se revelem necessárias para proporcionar às vítimas vias de recurso cíveis adequadas contra o perpetrador.

<sup>48</sup> As Partes deverão garantir que as investigações das infrações previstas nos artigos 35.º, 36.º, 37.º, 38.º e 39.º da presente Convenção ou o procedimento penal instaurado em relação a essas mesmas infrações não dependam totalmente da denúncia ou da queixa apresentada pela vítima, se a infração tiver sido praticada no todo ou em parte no seu território, e que o procedimento possa prosseguir ainda que a vítima retire a sua declaração ou queixa.

### 3. Enquadramento jurídico-penal da Violência Obstétrica

Uma vez explanados os direitos da parturiente, cabe fazer uma análise do fenómeno, à luz do Código Penal. Ora, numa primeira análise, constatamos que de modo geral, a maior parte dos direitos da parturiente, uma vez violados, não encontra respaldo legal para a sua tutela.

Cabe ressaltar que existem direitos que têm plena correspondência a um tipo legal, como são os casos dos artigos 156º e 157º do Código Penal, que tutelam o direito à informação e ao consentimento esclarecido, bem como, os artigos 192º e 195º do Código Penal que tutelam o direito à proteção dos dados pessoais e a reserva da vida privada.

De referir ainda que não existe, no designado “direito penal médico”, preceito que tutele a violência sexual ou psicológica, no âmbito da atividade médica, pelo que encontra tutela, nesta matéria, apenas a integridade física das pacientes.

Assim, no que se refere à integridade física, podemos aqui chamar à colação os artigos 143º, 144º<sup>49</sup>, 145º, 147º, 148º, e 150º todos do Código Penal.

O artigo 144º, alínea b), vem tutelar as ofensas à integridade física em que esteja em causa a fruição sexual. Portanto, os casos de violência sexual, podem, uma vez extravasado o âmbito de aplicação do artigo 150º do Código Penal, serem reconduzidos a esta norma que tutela o direito à sexualidade, e serem punidos como ofensa à integridade física grave.

Recentemente introduzido no Código Penal, o artigo 144ºA do Código Penal penaliza a mutilação genital feminina, mas exclui do seu âmbito de aplicação, a mutilação realizada por razões médicas, que seria de aqui reconduzir a episiotomia.<sup>50</sup>

Ora, o/a médico(a) é um(a) profissional com elevadas qualificações, com regras altamente técnicas e complexas, atuando ao abrigo da liberdade terapêutica, que justifica a sua independência, enquanto profissional.<sup>51</sup> A liberdade

---

<sup>49</sup>Quem ofender o corpo ou a saúde de outra pessoa de forma a: (...) b) Tirar-lhe ou afetar-lhe, de maneira grave, a capacidade de trabalho, as capacidades intelectuais, de procriação ou de fruição sexual, ou a possibilidade de utilizar o corpo, os sentidos ou a linguagem;

<sup>50</sup>Artigo 144ºA: Quem mutilar, total ou parcialmente, pessoa do sexo feminino através de clitoridectomia, de infibulação, de excisão ou de qualquer outra prática lesiva do aparelho genital feminino por razões não médicas é punido com pena de prisão de 2 a 10 anos.

<sup>51</sup>Comentário Conimbricense ao Código Penal, organizado por Jorge Figueiredo Dias, página 337

terapêutica/independência do(a) médico(a) não é um privilégio, constitui antes, um direito que serve em benefício alheio, do (a) paciente.

Se o/a médico(a) atuar visando a finalidade curativa, mas violar as *legis artis*, poderá incorrer num crime de ofensa à integridade física (em concurso aparente, com lógica de subsidiariedade). Se o/a médico(a) atuar com finalidade terapêutica, mas sem consentimento, a sua atuação será enquadrada no âmbito do artigo 156º do Código Penal. Em regra, a atuação médica reconduz-se ao artigo 150º nº1 do Código Penal, inserindo-se dentro dos parâmetros do risco aceite no âmbito da atividade médica.

O intuito do artigo 150º do Código Penal é o de afastar os tratamentos e intervenções médico-cirúrgicas do campo das ofensas à integridade de física, tornando-as atípicas, e, delimitar o regime jurídico-penal das intervenções médico-cirúrgicas.<sup>52</sup>O legislador assumiu no artigo 150º do Código Penal, o risco tolerável/inerente à atividade médica, desde que verificados os requisitos previstos no artigo.

As intervenções médico-cirúrgicas não constituem ofensas à integridade física, desde que realizadas por médico(a) ou pessoa legalmente autorizada, com finalidade terapêutica, com indicação médica e de acordo com as *leges artis* (requisitos cumulativos).<sup>53</sup>

O artigo 150º nº1 do Código Penal integra no seu escopo, tratamentos que sejam indicados à paciente, ainda que alguns deles não tenha qualquer benefício associado. Já aqui vimos que muitos procedimentos realizados às parturientes não têm qualquer benefício associado, sendo utilizados por razões de mera conveniência médica, pelo que violam o artigo 150º nº1<sup>54</sup> do Código Penal e sendo, portanto, reconduzidos ao crime de ofensa à integridade física (artigos já citados – 143º a 148º do Código Penal).<sup>55</sup>

---

52Comentário Conimbricense ao Código Penal, organizado por Jorge Figueiredo Dias, página 457

53Comentário Conimbricense ao Código Penal, organizado por Jorge Figueiredo Dias, página 390

<sup>54</sup>Há vários Acórdãos, de casos obstétricos que vêm alertar ao desrespeito das *leges artis* pelos médicos(as) obstetras, como é o caso do Acórdão relativo ao Processo 0751/07, de 14/04/2010, do Supremo Tribunal Administrativo, disponível em: [http://www.dgsi.pt/jsta.nsf/35fbbbf22e1bb1e680256f8e003ea931/5d833b1be578a3078025770e003ef26d?OpenDocument&ExpandSection=1&Highlight=0,obst%C3%A9trica#\\_Section1](http://www.dgsi.pt/jsta.nsf/35fbbbf22e1bb1e680256f8e003ea931/5d833b1be578a3078025770e003ef26d?OpenDocument&ExpandSection=1&Highlight=0,obst%C3%A9trica#_Section1)

No caso em apreço, uma gravidez de 36 semanas e 4 dias em início de trabalho de parto, inibida através da administração dum medicamento tocolítico “PREPAR”, com a finalidade de atrasar o parto, no caso da finada E. A parturiente terá começado a vomitar, verificando-se algumas horas depois o óbito da parturiente. Ainda relativamente à violação das *leges artis*, em matéria obstétrica, o Acórdão do Supremo Tribunal Administrativo, processo 0812/13, de 10/09/2014, disponível em: [http://www.dgsi.pt/jsta.nsf/35fbbbf22e1bb1e680256f8e003ea931/92297cd78da6cc4380257d5d004b6215?OpenDocument&ExpandSection=1&Highlight=0,obst%C3%A9trica#\\_Section1](http://www.dgsi.pt/jsta.nsf/35fbbbf22e1bb1e680256f8e003ea931/92297cd78da6cc4380257d5d004b6215?OpenDocument&ExpandSection=1&Highlight=0,obst%C3%A9trica#_Section1). Houve violação das *leges artis*, e por isso, a conduta do réu deve qualificar-se como ilícita, pela não opção imediata pela cesariana. O autor falecido veio a sofrer de hipoxia - isquémica. Verifica-se ainda culpa do réu na medida

Por fim, surge a pertinência de averiguar se o artigo 152º A do Código Penal poderá, em última instância, abranger todos os casos/tipos de violência obstétrica. Reza o artigo 152º A do Código Penal: *1 - Quem, tendo ao seu cuidado (...) pessoa (...) particularmente indefesa, em razão de (...) gravidez, e: a) Lhe infligir, de modo reiterado ou não, maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais, ou a tratar cruelmente; (...) é punido com pena de prisão de um a cinco anos, se pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal.*

Este artigo resulta de uma consciencialização ético-social dos tempos modernos da gravidade dos comportamentos descritos no mesmo, alertando para a sua inadequação e perniciosidade.<sup>56</sup> Introduzido no Código Penal em 1982, impõe a consciência de que as humilhações, os vexames, os insultos, constituem por vezes, formas de violência psíquica mais graves do que as ofensas corporais simples, daí a previsão dos maus tratos psicológicos/psíquicos ao lado dos maus tratos físicos.<sup>57</sup> Assim, a “*ratio do tipo não está pois na proteção da comunidade familiar, conjugal, educacional ou laboral, mas sim na proteção individual e da sua dignidade humana*”<sup>58</sup>.

O preceito visa essencialmente tutelar comportamentos lesivos da dignidade, ou seja, vai muito além dos maus tratos físicos, sendo o bem jurídico tutelado a saúde física, psíquica e mental, diríamos, neste caso, o bem-estar materno-infantil.

Há que atentar que, a grávida é tida, como frágil/particularmente indefesa perante a legislação, a par dos idosos, crianças, deficientes e doentes. O crime de maus tratos pressupõe uma relação de subordinação entre o agente e a vítima, neste caso, o/a médico(a) e a paciente.

Neste sentido, o artigo 46º da Convenção de Istambul prevê igualmente como circunstância agravante de violência, a condição de grávida (“c) Ter a infração sido praticada contra uma pessoa que se tornou vulnerável devido a circunstâncias particulares;”), bem como, ter a infração sido praticada por duas ou mais pessoas agindo

---

em que a violação do dever objetivo de cuidado (traduzido na violação das *leges artis*) podia e devia ser evitada. Existe nexos de causalidade adequada entre o facto ilícito e os danos sofridos pelo bebé, decorrentes das lesões sofridas durante o parto. Contudo, não se tendo provado que a morte do autor – ocorrida 10 anos depois – tenha sido causada pelas lesões sofridas durante o parto, não deve o réu ser condenado a ressarcir – com autonomia – o dano morte.

<sup>55</sup>Existe jurisprudência neste sentido.

<sup>56</sup>Comentário Conimbricense ao Código Penal, organizado por Jorge Figueiredo Dias, página 329

<sup>57</sup>Comentário Conimbricense ao Código Penal, organizado por Jorge Figueiredo Dias, página 331

<sup>58</sup>Comentário Conimbricense ao Código Penal, organizado por Jorge Figueiredo Dias, página 332

conjuntamente; (alínea e)) - neste caso equipe médica, e, ter a infração causado danos físicos ou psicológicos graves à vítima (alínea h)).

O tipo abrange os maus tratos físicos, os maus tratos psíquicos, os tratamentos cruéis, condutas que põem em perigo a vida ou a saúde de pessoa débil. Tanto se reporta a um crime de resultado – de dano, como, de mera conduta – perigo. A norma incriminadora, admite que é “sempre necessário o dolo, ou seja, o conhecimento da relação da proteção-subordinação”, neste caso, médico (a)/parturiente.<sup>59</sup> A violência obstétrica ainda é punível a título negligente.

Tendo em conta que o Código Penal tem preceitos no âmbito do “direito da medicina”, dando aso à existência do designado “direito penal médico”, seria pertinente a criação deste tipo legal, enquanto crime decorrente da atividade médica. Os tipos relativos à atividade médica não tutelam adequadamente, a nosso ver, a situação em causa, pela neutralidade destes preceitos no que se refere às lesões emocionais causadas à parturiente.

Assim, apesar de a violência obstétrica ser um tipo de violência contra o género, e, não havendo, em Portugal, uma lei contra a violência dirigida ao género feminino, como ocorre em alguns países já referidos (latino-americanos), a introdução deste fenómeno no nosso ordenamento jurídico far-se-ia na por via da legislação penal, não só em cumprimento à Convenção de Istambul, mas também pelas dificuldades já aqui enumeradas em tutelar estas vítimas.

A Convenção de Istambul, expressa em vários artigos (artigo 5º, 7º, 12º) a obrigação de as partes contratantes diligenciarem medidas legislativas, programas de proteção e de apoio às vítimas, por forma a responderem às queixas de violência contra as mulheres. Preceitua o nº 2 do artigo 5º da mencionada Convenção: “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.”

Assim, as Partes deverão adotar as medidas legislativas ou outras que se revelem necessárias para proteger, apoiar e erradicar a violência contra as mulheres, não sendo de excluir a violência obstétrica destas medidas.

---

<sup>59</sup>Comentário Conimbricense ao Código Penal, organizado por Jorge Figueiredo Dias, página 334



A introdução da Convenção de Istambul no ordenamento jurídico português deu aso à 38ª alteração ao Código Penal, tendo ficado autonomizado no nosso ordenamento jurídico, o crime de mutilação genital feminina, o casamento forçado, tendo havido alterações de moldura penal no que refere aos crimes de violação, coação sexual e importunação sexual, em cumprimento do disposto na Convenção de Istambul.

Assim, a penalização deste fenómeno (violência obstétrica) seria importante para travá-lo, bem como, a consciencialização junto dos/das profissionais de saúde e da população em geral. Ademais, a penalização deste fenómeno seria favorável à compensação dos danos por via indemnizatória, uma vez que, reconhecida a responsabilidade penal, estar-se-á a afirmar a responsabilidade civil/contratual.

Os/As agentes protagonistas desta atuação são os/as profissionais de saúde, que têm intervenção direta no âmbito do parto, no que se refere à violência obstétrica física, psicológica, sexual e em alguns casos institucional. Nos casos de violência institucional, o elenco de atores poderá ser mais amplo, sendo que este elenco poderá ainda ser responsável por condutas de violência psicológica.

As condutas que integram a violência já aqui foram referidas, em todas as suas categorizações. Os bens tutelados, no âmbito da violência obstétrica são a integridade física (inclusive os direitos sexuais) e moral da parturiente, e o bem-estar do recém-nascido, o seu nascimento seguro.

O artigo 152º-A ao legislar sobre os maus tratos, não associa os maus tratos à violência contra o género, nem se depreende tão pouco a recondução direta da violência obstétrica ao tipo legal em causa. Parece-nos que este preceito é aquele que de mais perto possa tutelar a violência obstétrica, porquanto prevê as ofensas à integridade física/privação de liberdade, leia-se violência física, os maus tratos psíquicos, leia-se violência psicológica e as ofensas sexuais – violência sexual.

Porém, de fora fica a violência institucional. Acreditamos, que a *ratio legis* do artigo 152º-A poderá, em última, tutelar, ainda que de modo insuficiente- por não abranger a violência institucional- e desadequado - por não prever os profissionais de saúde como potenciais agentes deste fenómeno.

É de frisar ainda que, após pesquisa jurisprudencial sobre este tema, verificou-se que existe cerca de uma dezena de Acórdãos que abordam questões de negligência obstétrica. Da análise feita aos acórdãos, casos haviam que poderiam ter sido reconduzidos à violência obstétrica. Porém, nenhum acórdão refere/alude este fenômeno na sua fundamentação, ou aborda estes casos enquanto eventos violentos.

É ainda de salientar a fraca expressão de responsabilização dos médicos no âmbito da obstetrícia. Cremos que a inversão do ônus da prova na obstetrícia seria crucial para efetivar a responsabilização médica nestes casos, pois, casos houve que, por falta de prova, as parturientes após saírem irreversivelmente lesadas por condutas dos médicos, não lograram a responsabilização dos mesmos.

## CONCLUSÕES

i) A violência obstétrica é um fenômeno recente que advém, da medicalização dos partos e da apropriação do corpo feminino, sendo perpetrado pelos/pelas profissionais de saúde, que menosprezam, muitas vezes, os direitos das mulheres enquanto pacientes.

ii) Assim, no âmbito de um parto medicalizado, uma parturiente pode ver violados direitos humanos fundamentais, como, o direito a um tratamento condigno, à integridade física/moral e direitos sexuais/reprodutivos.

iii) Este fenômeno tem permanecido impune pela falta de consciência das parturientes da sua ocorrência e pelo desconhecimento dos seus direitos enquanto paciente.

iv) A violência obstétrica abrange a dimensão física, psicológica, sexual e institucional.

v) De modo geral, a maior parte dos direitos da parturiente, uma vez violados, não encontra respaldo legal, havendo, no entanto, direitos que têm plena correspondência num tipo legal, como é o caso dos artigos 156º e 157º do Código Penal, que tutelam o direito à informação e o consentimento esclarecido, bem como os artigos 192º e 195º do Código Penal que tutelam o direito à proteção dos dados pessoais e a reserva da vida privada.

vi) No direito penal médico não há preceito que tutele a violência sexual ou psicológica, no âmbito da atividade médica.

vii) O artigo 152ºA do Código Penal é aquele que, de mais perto, pode tutelar a violência obstétrica, porquanto prevê as ofensas à integridade física/privação de liberdade, leia-se violência física, os maus tratos psíquicos, leia-se violência psicológica, as ofensas sexuais – violência sexual. De fora fica a violência institucional, porém, na falta de preceito que melhor tutele os direitos da parturiente, será de ter em conta este preceito, em último recurso.

viii) Os bens tutelados, no âmbito da obstétrica são a integridade física e moral da parturiente, a sua dignidade, bem como, o nascimento seguro do bebê, diríamos, o bem-estar materno-infantil.

ix) O atual quadro normativo é insuficiente para tutelar os direitos das parturientes, veja-se pois que, se estivermos perante um caso de violência obstétrica psíquica, a ausência de previsão legal para esta conduta, resulta numa impunidade para os seus agentes.

x) Atento o atual quadro legislativo, só podemos concluir que a violência obstétrica subsistirá enquanto não houver resposta do legislador para regular este fenómeno.

xi) Na senda da Lei 83/2015 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.

xii) É fundamental que se sagre na jurisprudência, a obstetrícia como sendo um ramo do saber médico que busca uma obrigação de resultados, favorecendo-se assim, o ónus da prova a favor da parturiente, e, a responsabilização dos/das médicos (as) obstetras.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, Briena e AGGiO, Cristiane: Violência obstétrica: a dor que cala, Universidade Estadual Londrina, Londrina, 2015
- AGUIAR, Janaína Marques, Violência institucionalizada em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010
- APDMGP, Experiências de parto em Portugal 2012-2015, Lisboa, 2015
- BORBA, Camila, Violência institucional durante a parturição, UFRGS, Porto Alegre, 2012
- DIAS, Figueiredo, (coordenação), Comentário Conimbricense do Código Penal -Tomo I, Coimbra Editora, Coimbra, 1999
- DIAS, Figueiredo, Direito Penal - Parte Geral - Tomo I - Questões Fundamentais; A Doutrina Geral do Crime, 2.<sup>a</sup> Edição, Coimbra Editora, Coimbra, 2012
- FERREIRA, Isabel Maria Fonseca, Violência Obstétrica Institucional- estratégias para redução das intervenções obstétricas – s.d.,s.d.,s.d
- Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa, Violência obstétrica. Parirás com dor, 2012: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>
- NAZÁRIO, Larissa e, HAMMARSTRON, Fátima - Os direitos da parturiente nos casos de violência obstétrica, XVII seminário internacional de educação no Mercosul, Unicruz, 2015
- Organização Mundial da Saúde, Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus tratos durante o parto em instituições de saúde, 2014.
- PEREIRA, André Dias, Direitos dos Pacientes e Responsabilidade Médica, Coimbra Editora, Coimbra, 2015
- PREVITALLI, Ana Carolina, Os direitos da mulher no parto, disponível em <http://docplayer.com.br/12455381-Os-direitos-da-mulher-no-parto-ana-carolina-previtalli-nascimento-procuradora-da-republica.html>.
- UNICEF, Guia da Gestante e do bebê, disponível em [http://www.unicef.org/brazil/pt/br\\_guiagestantebebe.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/br_guiagestantebebe.pdf).