

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Sara Catarino Costa

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:
CAMINHO PARA A CRIMINALIZAÇÃO**

VOLUME 1

Dissertação no âmbito do 2º Ciclo de Estudos em Ciências
Jurídico-Forenses orientada pela Professora Doutora Ana Rita da
Silva Samelo Alfaiate e apresentada Faculdade de Direito da
Universidade de Coimbra

Julho de 2023



FACULDADE DE DIREITO
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

SARA CATARINO COSTA

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: CAMINHO PARA A CRIMINALIZAÇÃO

OBSTETRIC VIOLENCE: PATH TO CRIMINALIZATION

Dissertação no âmbito do 2.º Ciclo de Estudos em Ciências Jurídico-Forenses,
orientada pela Professora Doutora Ana Rita da Silva Samelo Alfaiate e
apresentada à Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra

Coimbra, Julho de 2023

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, por ser sempre a minha calma no meio do caos, por me dar sempre a mão e um ombro amigo e por viver as minhas vitórias como se fossem dela.

Ao meu pai, pelo apoio de sempre e por vibrar comigo a cada meta alcançada.

Ao meu irmão, por nunca me deixar desistir por querer ser sempre o exemplo.

À minha família, por estar sempre ao meu lado a torcer pelo meu sucesso.

Aos meus avós, espero que estejam orgulhosos.

Ao Kévin, pela paciência infinita e pelo apoio incansável, por ter sempre as palavras certas e por ser sempre o meu porto seguro. Por acreditar sempre em mim e por me fazer acreditar.

À Sté, por me dar sempre confiança, por acreditar mais em mim do que eu mesma e por nunca deixar que esteja sozinha seja no que for.

Às minhas amigas e aos meus amigos, os que estão desde o início e os que foram aparecendo ao longo do caminho, pelo apoio, pela paciência, pela compreensão, pela força que sempre me deram, por terem tornado este percurso mais bonito e por, muitas vezes, terem sido casa longe de casa.

Aos meus colegas da Faculdade de Direito e da Ordem dos Advogados, por me ensinarem o verdadeiro significado de resiliência.

À Dra. Maria, por toda a ajuda e por não me deixar desistir.

À Dra. Ana Rita Alfaiate, que sempre se mostrou disponível e que nunca me deixou sozinha neste percurso, um enorme agradecimento por toda a ajuda.

À Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra e a todos os docentes com quem tive a sorte de me cruzar nestes bonitos anos.

A Coimbra, que será sempre sinónimo de casa e de saudade.

RESUMO

A violência obstétrica surge como um fenómeno ainda muito recorrente em Portugal, embora apenas recentemente tenha começado a despertar a atenção e a ter uma crescente relevância tanto na sociedade em geral, como nas instituições de saúde e, muito importante, no ordenamento jurídico nacional. Esta prática afeta gravemente a saúde física e psicológica das mulheres, num momento em que a mulher se encontra num momento de especial vulnerabilidade e que pode ter lugar durante a gravidez, durante o parto ou até no pós-parto. Mostra-se como uma forma de violência de género, uma vez que é praticada contra mulheres, e que se caracteriza por condutas desrespeitosas da vontade da mulher, não a vendo como um sujeito de Direito, e por condutas inclusivamente desaconselhadas pela Organização Mundial de Saúde e por práticas praticadas sem base científica e, ainda, sem consentimento dado pela parturiente.

Mesmo sendo uma clara violação dos Direitos Humanos, esta ainda não é uma prática criminalizada em Portugal, havendo muita pouca legislação nesse sentido. Embora recentemente tenha vindo a ser alvo de maior atenção.

Analisamos então o possível enquadramento penal desta prática, debatendo o seu enquadramento em crimes já previstos no nosso Código Penal bem como as vantagens da sua criminalização autónoma, com o objetivo de proteger a autonomia e a integridade da mulher durante uns dos momentos mais vulneráveis da sua vida. Nunca esquecendo que esta discussão é bastante complexa, podendo levantar várias questões.

Concluindo, pretendemos contribuir da melhor forma possível para o debate que já se iniciou sobre a criminalização da violência obstétrica e para a consciencialização da importância de um acompanhamento obstétrico respeitoso e humanizado, pensando sempre nas necessidades e bem estar da mulher e do bebé.

PALAVRAS-CHAVE: violência obstétrica; gravidez; parto; integridade física; criminalização; consentimento; responsabilidade; intervenções médicas arbitrárias; autonomia; autodeterminação; profissionais de saúde

ABSTRACT

Obstetric violence emerges as a very recurrent phenomenon in Portugal, although it has only recently begun to attract attention and to have a growing trend both in society in general, as well as in health institutions and, very importantly, in the national legal system. This practice seriously affects the physical and psychological health of women, at a time when the woman is in a moment of special vulnerability and which can take place during pregnancy, during childbirth or even in the postpartum period. It is shown as a form of gender violence, since it is practiced against women, and is characterized by disrespectful conduct of the woman's will, not seeing her as a subject of law, and by conduct that is even discouraged by the World Health Organization and for practices practiced without scientific basis and, even, without consent given by the parturient.

Even though it is a clear violation of human rights, this is still not a criminalized practice in Portugal, with very little legislation in this regard. Although recently it has received more attention.

We then analyzed the possible criminal framework of this practice, debating its framework in crimes already provided for in our Penal Code as well as the advantages of its autonomous criminalization, with the aim of protecting the autonomy and integrity of women during one of the most vulnerable moments of their life. Never forget that this discussion is quite complex and may raise several questions.

In conclusion, we intend to contribute in the best possible way to the debate that has already begun on the criminalization of obstetric violence and to raise awareness of the importance of respectful and humanized obstetric follow-up, always thinking about the needs and well-being of the woman and the baby.

KEYWORDS: obstetric violence; pregnancy; childbirth; physical integrity; criminalization; consent; responsibility; arbitrary medical interventions; autonomy; self-determination; health professionals

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS:

CRP – Constituição da República Portuguesa

CP – Código Penal

CPP – Código de Processo Penal

CC – Código Civil

art(s). – artigo(s)

nº - número

al. - alínea

pág(s). – página(s)

ss. – seguintes

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

APDMGP – Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e no Parto

AR – Assembleia da República

UE – União Europeia

EUA – Estados Unidos da América

EESMOs – enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica

MP – Ministério Público

MGF – mutilação genital feminina

OHCHR – Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos

ONUSIDA – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

UNECA – Comissão Económica das Nações Unidas para África

UNESCO – Organização da Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UNFPA – Fundo das Nações Unidas para a População

ACNUR – Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNIFEM – Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher

CEDAW - Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres

DGS – Direção Geral da Saúde

PL – Projeto de Lei

ÍNDICE:

AGRADECIMENTOS	3
RESUMO	4
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	6
INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO I	10
1. A violência obstétrica	10
1.1. O que é?	10
1.2. Formas de violência obstétrica	15
1.3. Enquadramento jurídico	17
2. O(s) bem(s) jurídico(s) protegido(s)	22
CAPÍTULO II	24
1. Os agentes/agressores e as vítimas	24
2. A violência obstétrica e a conseqüente violação dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher	29
3. A violência obstétrica e o crime de ofensa à integridade física	32
3.1. A episiotomia enquanto crime de mutilação genital feminina	34
4. A violência obstétrica, o consentimento informado e o crime de intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários	40
CAPÍTULO III	45
1. Projeto de Lei n.º 912/XIV/2. ^a : Reforça a proteção das mulheres na gravidez e parto através da criminalização da violência obstétrica	45
2. O anteprojeto de Lei do Bloco de Esquerda	49
3. A criminalização da violência obstétrica em Portugal	52
CONCLUSÃO	64
BIBLIOGRAFIA, DOCUMENTAÇÃO E LEGISLAÇÃO RELEVANTE E JURISPRUDÊNCIA	67

INTRODUÇÃO

A violência obstétrica é um tema que assume relevância no que diz respeito aos Direitos Humanos, bem como aos direitos das mulheres, consubstanciando-se em atos de violência, negligência e discriminação perpetrados contra mulheres durante a gravidez, o parto e o pós-parto. É um tema que tem suscitado cada vez mais discussão nos ordenamentos jurídicos, havendo também, cada vez mais, preocupação por parte dos Estados, tendo-se vindo a empenhar esforços na sua erradicação.

Esta forma de violência incluirá práticas de violência física, sexual e/ou verbal, como tratamento desrespeitoso, procedimentos desnecessários ou invasivos sem consentimento informado, negação de informações sobre os procedimentos ou coerção sobre a mulher para decidir em determinado sentido.

A violência obstétrica viola, de forma clara, direitos da mulher, nomeadamente o seu direito à saúde, a sua integridade física e sexual e o seu direito a autodeterminar-se, violando direitos que merecem toda a tutela penal. Ainda assim esta não é uma prática criminalizada em Portugal.

A discussão sobre a sua criminalização surge, assim, como uma medida para combater essa prática, responsabilizando no âmbito penal os seus agentes, que serão por excelência os profissionais de saúde. Com esta mudança de paradigma pretende-se também alcançar uma mudança na formação dada a esses profissionais, que muitas vezes apenas realizam determinados procedimentos por conta dessa mesma formação, bem como na sociedade e nas próprias parturientes que, até um passado recente não estava consciencializada para este fenómeno. Maioria das vezes, nem as próprias vítimas têm noção da violência a que estão a ser submetidas, tendo essa percepção apenas mais tarde. Com a criminalização da violência obstétrica pretende-se, ainda, uma total proteção dos direitos das mulheres durante a gravidez, parto e pós-parto.

Em muitos países, o debate sobre a criminalização da violência obstétrica já foi iniciado, tendo, inclusive, já reconhecido a sua existência, como é exemplo a Venezuela, a Argentina e o Brasil. Noutros países, está agora a iniciar-se. Contudo, até aos dias de hoje apenas a Venezuela criminalizou esta prática.

O objetivo final será sempre garantir que todas as mulheres tenham uma experiência de parto positiva, segura e respeitada. E que, caso tal não se verifique, estas possam lançar mão de mecanismos legais que as protejam, de forma eficaz e plena.

Em suma, a necessidade crescente de criminalizar a violência obstétrica tem o seu fundamento na defesa dos direitos da mulher, na busca por justiça e reparação dos danos sofridos por estas e na mudança cultural e institucional que valorize a saúde e o bem estar da mulher em todas as fases da maternidade.

CAPÍTULO I

1. A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

1.1. O QUE É?

O momento do parto configura um momento fisiológico em que a mulher se encontra num momento de especial vulnerabilidade. Configura também um momento médico dirigido por um modelo paternalista em que os médicos acreditam que eles são a melhor pessoa para tomar as decisões necessárias porque têm mais conhecimentos e sabem melhor do que a paciente, neste caso, a pessoa grávida¹. Uma solução que se poderá mostrar viável para combater este modo de atuação dos profissionais de saúde será a mudança de paradigma, virando-se para uma atuação de acordo com o modelo biopsicossocial, em que os cuidados são individualizados e onde se analisam todos os fatores físicos, psicológicos e sociais do caso concreto².

Foi com o paternalismo clínico que se enraizaram determinadas práticas que foram normalizadas e que hoje percebemos que não o deveriam ser. As mulheres não podem ser o sujeito secundário no trabalho de parto, nem na gravidez ou no pós-parto. Mesmo nesse momento continuam a ter o seu direito à liberdade, à autodeterminação bem como ao poder

¹ NEGRÃO, Mia, e-book “Violência obstétrica – o resumo ilustrado que precisas de ler”, pág. 15

² NEGRÃO, Mia, e-book “Violência obstétrica...”, op. cit., pág. 16

de decidir, de forma consciente e informada, sobre o seu corpo. Começa a aparecer com esta realização o conceito de violência obstétrica.

A OMS, em 2014, na sua declaração “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”, apesar de não reconhecer a existência de violência obstétrica, reconhece que no mundo inteiro muitas mulheres, especialmente no momento do parto, vivenciam experiências de abusos, maus-tratos e negligência, conduzindo essas práticas a consequências e vivências que impactam negativamente tanto a mãe como o bebê³. Mais concretamente, a OMS assume, nessa mesma declaração, que “no mundo inteiro, muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos 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, à saúde, à integridade física e à não-discriminação”⁴.

A prática destes abusos e maus tratos consubstanciam situações de violência contra as mulheres e uma flagrante violação dos seus Direitos Humanos. No entanto, este tipo de práticas encontra-se tão normalizada e enraizada na realidade atual que a grande maioria não são reconhecidas como violência contra as mulheres. E, muito menos, são reconhecidas enquanto violência obstétrica, acrescentemos. Inclusive, a maioria das vezes, as próprias mulheres não reconhecem que estão a ser vítimas quando sujeitas a tais experiências⁵.

A ONU emitiu um relatório intitulado “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”⁶ onde se menciona também o aumento de denúncias feitas por mulheres relativas a maus tratos e violência durante o parto, tendo-se despertado a atenção a nível global para este tema, afirmando que a violência obstétrica se encontra bastante generalizada e destacando o facto de apenas recentemente as mulheres terem começado a denunciar as situações em que se sentem mal tratadas, inclusive psicologicamente, pelos profissionais de saúde. Reconhece-se que este tipo de tratamentos e abusos a que as mulheres estão sujeitas não viola apenas o seu direito a receberem um

³ Disponível em [WHO_RHR_14.23_por.pdf](#)

⁴ *Ibid*, pág. 1

⁵ Anteprojeto de Lei, Promove a erradicação da violência obstétrica, apresentado pelo partido Bloco de Esquerda e disponível em [anteprojeto_de_lei_-_violencia_obstetrica.pdf \(esquerda.net\)](#), pág. 1

⁶ Disponível em [A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence : \(un.org\)](#)

tratamento digno e respeitoso como pode ameaçar o seu direito à vida, à saúde, à integridade física, à privacidade e o seu direito a auto determinar-se. Na medida em que os direitos fundamentais da mulher incluem o seu direito à saúde e, portanto, o direito a receber cuidados médicos de saúde reprodutiva e obstétrica dignos e livres de qualquer violência, o Relatório apresenta várias recomendações como a garantia do consentimento informado, o respeito pela autonomia da mulher e pelas decisões e escolhas por si tomadas, o cumprimento das recomendações emanadas pela OMS, a criação de mecanismos de prevenção e proteção para as vítimas de violência obstétrica e a sensibilização dos membros integrantes do sistema jurídico para os direitos das parturientes.

Dada esta visão geral, releva perceber e enquadrar o que é a violência obstétrica e como é que consubstancia uma clara violação dos direitos das mulheres.

A violência obstétrica é um fenómeno muito recorrente em Portugal⁷, tendo na sua génese o desrespeito pela grávida e a violação dos seus direitos bem como viola, de forma clara, o seu direito à especial proteção durante a gravidez e após o parto, direito que lhe é conferido pela CRP, no seu art. 68º.

Para percebermos isto precisamos de perceber na totalidade este conceito.

Embora não exista uma definição única e universal do conceito de violência obstétrica, em comum estará sempre a concordância de que a violência obstétrica é uma clara violação dos Direitos Humanos e dos direitos da mulher⁸, que se pode traduzir em violência física, psicológica ou sexual.

Em Portugal, houve quem tentasse formular definições deste conceito. A APDMGP, publicou uma declaração onde afirma que a violência obstétrica se traduz na “violência contra as mulheres no contexto da assistência à gravidez, parto e pós-parto”⁹. Já

⁷ Neste sentido, o artigo disponível em [Taxas de violência obstétrica em Portugal são três vezes superiores à média europeia - JPN](#) onde podemos ler que “as mulheres portuguesas que foram mães durante o primeiro ano da pandemia foram mais sujeitas a práticas hospitalares não recomendadas pela OMS do que a média europeia”, acrescentando que estão aqui em causa “a episiotomia (corte dos tecidos vaginais) e a pressão externa aplicada no momento do parto, a chamada “manobra de Kristeller”. Ambas as práticas atingem percentagens mais elevadas em Portugal do que a média dos países analisados no estudo”.

⁸ NAZÁRIO, Larissa e HAMMARSTRON, Fátima Fagundes Barasuol em “Os Direitos da Parturiente nos casos de Violência Obstétrica”, XVIII Seminário Internacional de Educação no MERCUSUL, Unicruz, 2015, pág.4, disponível em [1 \(unicruz.edu.br\)](http://unicruz.edu.br)

⁹ “CAMPAÑA ‘PELO FIM DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA’”, publicada no site da APDMGP e disponível em [Campanha 'Pelo Fim da Violência Obstétrica' - Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto \(associacaogravidezparto.pt\)](#)

no Projeto de Lei nº 912/XIV/2.¹⁰, apresentado pela ex-deputada Cristina Rodrigues, diz-se que violência obstétrica “pode ser entendida como qualquer conduta direcionada à mulher durante o trabalho de parto, pós-parto ou puerpério, que lhe cause dor, dano ou sofrimento desnecessário, praticada sem o seu consentimento ou em desrespeito pela sua autonomia ou preferências, constituindo assim uma clara limitação do poder de escolha e de decisão da mulher”.

Na América Latina, a regulamentação da violência obstétrica ocorreu no início dos anos 2000. Foi na Venezuela, em 2007, que surgiu uma definição bastante completa, na *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, no *Capítulo III: Definición y formas de violencia contra las mujeres*¹¹, no seu art. 15º, nº 13, onde se define a violência obstétrica como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissionais de saúde, expressando-se num tratamento desumanizador, num abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, traduzindo-se na perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre os seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida da mulheres¹². Na Argentina, embora não tenha sido criminalizada, foi já reconhecida na *Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales*¹³, no seu art. 6º, al. e). Na Colômbia foi já apresentado um PL que visa prevenir e sancionar a violência obstétrica. Já no Brasil, no Estado de Pernambuco, foi reconhecida a prática de violência obstétrica na Lei Federal nº 16.499, de 6 de dezembro de 2018, que definiu medidas de proteção à gestante, parturiente e puérpera contra a violência obstétrica, alterada pela Lei nº 17.226, de 22 de abril de 2021, onde se define violência obstétrica, no seu art. 2º, como “todo o ato praticado por profissionais de saúde, que implique em negligência na assistência, discriminação ou violência verbal, física, psicológica ou sexual contra as mulheres gestantes, parturientes e puérperas”¹⁴.

¹⁰ Disponível em

<https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063484d364c793968636d356c6443397a6158526c6379395953565a4d5a5763765247396a6457316c626e527663306c7561574e7059585270646d45764e4459334d545978596a45744e5467334d7930304d5451334c546b304e6a49745954526a595745784d7a59784e5467314c6d527659773d3d&fich=467161b1-5873-4147-9462-a4caal361585.doc&Inline=true>

¹¹ Disponível em [Ley Nº 38.668 del 23 de abril de 2007 - Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia \(unesco.org\)](#)

¹² Tradução apresentada no e-book “Violência obstétrica...”, op. cit., capítulo I, pág. 7

¹³ Disponível em [www \(argentina.gob.ar\)](http://www.argentina.gob.ar)

¹⁴ Disponível em [Alepe Legis - Portal da Legislação Estadual de Pernambuco](#)

Adotamos, por considerarmos ser a definição mais abrangente e que, na nossa opinião, melhor demonstra toda a dimensão deste conceito, a definição dada pela Lei venezuelana.

Concluimos que a mulher é olhada como se não fosse sequer um sujeito de Direito, tendo grande parte das vezes alguém que decide por ela (em regra, os profissionais de saúde), sem o seu consentimento.

Esta forma de violência integra, ainda, de forma clara, uma forma de violência de género, uma vez que, por definição, se pratica contra mulheres, mostrando assim que “a violência contra a mulher extrapola o ambiente doméstico”¹⁵.

Associado a este tipo de violência estarão necessariamente más práticas clínicas que não encontram justificação na *leges artis* nem em evidências científicas¹⁶, sendo muitas das práticas expressamente desaconselhadas pela OMS, como iremos ver. São atos que consubstanciam violência obstétrica os seguintes: a prática de episiotomia de rotina e da manobra de Kristeller, a constante violação do consentimento informado e, ainda, a frequência com que são feitas intervenções médicas com o objetivo de serem os médicos a controlar a gravidez, utilizando práticas sem justificação alguma, como a prática de cesariana sem evidências científicas e sem informar devidamente a parturiente, os sucessivos toques vaginais que se mostram bastante evasivos, a coação exercida sob a mulher para a direcionar para tomar determinada decisão, a realização do “ponto do marido”, a utilização da “carta do bebé morto” com intenção de fazer com a grávida se sinta responsável por futuras possíveis consequências negativas, a negação de métodos de alívio de dor quando solicitados pela parturiente, a violência verbal/psicológica e o ato de afastar o bebé saudável da mãe logo à após o momento expulsivo¹⁷. Esta mostra-se como um lista não taxativa de atos de

¹⁵ CUNHA, Eliane, “Denúncia à Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa – Violência no Parto em Minas Gerais”, 2012, disponível em [violencia_no_parto_em_minas_gerais_-_versao_final.pdf \(redehumanizausus.net\)](#)

¹⁶ NEGRÃO, Mia, “Direitos na Gravidez, Parto e Pós-Parto”, artigo publicado pelo partido Bloco de Esquerda em [Direitos na Gravidez, Parto e Pós-Parto | Esquerda](#), sobre o subtema “Violência Obstétrica”

¹⁷ Neste sentido, Vânia Alexandra dos Santos Simões, “A Violência Obstétrica: a violência institucionalizada contra o género”, vencedora do Prémio Teresa Rosmaninho - Direitos Humanos, Direitos das Mulheres, APMJ, Lisboa, 2016; Isabel Maria Fonseca Ferreira em “Violência Obstétrica Institucional – estratégias para redução das intervenções obstétricas”, disponível em [ViolenciaObstetrica.pdf \(uterus.pt\)](#); e Larissa Nazário e Fátima Fagundes Barasul Hammarstron em “Os Direitos da Parturiente ...”, op. cit.

violência obstétrica, sendo certo que enunciaremos diversos procedimentos passíveis de consubstanciarem atos de violência obstétrica ao longo do texto.

1.2. FORMAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A violência obstétrica atenta contra a autonomia e auto determinação da mulher sobre o seu próprio corpo e sobre o decurso do seu parto e da sua gravidez, sendo praticadas condutas que ferem os seus direitos e desrespeitam o seu ritmo biológico. Estes atos que consubstanciam a prática de violência obstétrica podem reconduzir-se a violência física, sexual e psicológica¹⁸.

A violência física é a forma de violência mais “visível”. Consubstanciam violência obstétrica física todos os atos que inflijam dor ou danos físicos à parturiente ou ao nascituro, assim como os que desrespeitem o ritmo biológico da parturiente e que, por esse motivo, configurem procedimentos invasivos¹⁹. Isto é, serão condutas realizadas pelos profissionais de saúde, que quando praticadas causarão dores e/ou danos para a saúde e bem estar da parturiente, pondo em causa a sua integridade física.

São exemplos de violência física a realização da manobra de Kristeller e da episiotomia de rotina, a restrição de liberdade de movimentos imposta, amarrar a parturiente à maca, utilizar meios farmacológicos sem autorização, induzir o parto sem justificação, cesariana sem indicações clínicas, negação dolosa ou negligente do alívio à dor da parturiente²⁰.

Em alguns casos esta forma de violência poderá ser tutelada por via dos arts. 143º e 144º do CP.

Outra forma de violência obstétrica é a violência sexual que é exercida. Neste âmbito estão em causa condutas que atentam contra os direitos sexuais da mulher, atentando contra a sua saúde sexual e reprodutiva. A violência sexual dirigida às parturientes encontra também previsão legal nos arts. 25º e 36º da Convenção do Conselho da Europa para a

¹⁸ Neste sentido, a obra de Vânia Alexandra dos Santos Simões “A Violência Obstétrica: ...”, op. cit.

¹⁹ *Ibid*, pág.13

²⁰ *Ibid*

Prevenção e o Combate à Violência contra as Mulheres e a Violência Doméstica²¹, que prevê, designadamente, proteção no âmbito da violência sexual, sendo esta ratificada por Portugal.

Reconduzem-se a atos de violência sexual no contexto de violência obstétrica os exames de toque agressivos, exames sucessivos dos mamilos sem esclarecimento e/ou sem consentimento e utilização de sonda ecográfica para tocar noutras partes da vulva. Acresce o chamado “ponto do marido” – procedimento inerente à episiotomia – que tem como consequência dores nas relações sexuais e, por vezes, infeções.²²

Apesar de ser a violência física e sexual que integra desde logo o nosso pensamento quando se fale em violência obstétrica, esta não se caracteriza apenas por esse tipo de violência mais “visível”. A violência psicológica é também uma forma de violência obstétrica e caracteriza-se por condutas que destabilizam emocionalmente a parturiente, que se encontra, pelo momento que está a viver, bastante vulnerável, causando-lhe danos emocionais e/ou psicológicos²³.

Neste âmbito é muito comum falar da designada “carta do bebé morto” que traduz a situação em que a grávida é levada a tomar decisões contra a sua vontade por não lhe serem dadas outras opções como por a culpabilizarem pela alegada consequente morte do seu bebé²⁴. Outra dimensão que a violência obstétrica psicológica assume são os comentários agressivos dirigidos à parturiente, especialmente no momento expulsivo em que a mulher tem tendência a gritar. Ainda, por vezes, é utilizado um tom agressivo e autoritário o que acaba por fragilizar a grávida que já se encontra num momento vulnerável, dando até a ideia de que será incapaz de decidir e de compreender qualquer informação atendente à tomada de decisões a ter naquele momento.²⁵

Em resumo, podem ser considerados como atos de violência psicológica atendimentos não empáticos, comentários inapropriados, menosprezo por parte dos profissionais de saúde relativamente a pedidos feitos pela grávida ou discursos que

²¹ Daqui em diante designada Convenção de Istambul. Disponível em [Portuguese version \(coe.int\)](https://www.coe.int/t/treaties/Convention_against_torture/Convention_against_torture_tcm7-32000.asp)

²² SIMÕES, Vânia Alexandra dos Santos, “A Violência Obstétrica:...”, op. cit., págs. 15 e 16

²³ Neste sentido, Vânia Alexandra dos Santos Simões, na sua obra “A Violência Obstétrica:...”, op. cit.

²⁴ NEGRÃO, Mia, e-book “Violência obstétrica...”, op. cit., pág. 28 e ss.

²⁵ *Ibid*

culpabilizem e responsabilizem a grávida de possíveis futuras consequências relativas à (não) realização de algum procedimento médico²⁶.

Oportunamente abordaremos todas estas temáticas de forma mais completa.

1.3. ENQUADRAMENTO JURÍDICO

Nos últimos anos, como mencionado no relatório da ONU acima mencionado, temos assistido a um número significativo de denúncias e relatos traumáticos de mulheres que no parto, na gravidez e/ou no puerpério, se veem submetidas a atos de violência tanto física como psicológica, fazendo com que a sua experiência de parto seja marcada pelo trauma e pelo medo.

Contudo, ainda não encontramos na Lei portuguesa, nem na maioria dos países europeus, normas que protejam as mulheres contra essas constantes violações dos seus direitos. Mas já se começaram a dar alguns passos nesse sentido, embora a discussão sobre este tema tenha começado recentemente.

Na Lei portuguesa estão consagrados direitos específicos às parturientes na Lei n.º 15/2014, de 21 de março²⁷, apesar de estes continuarem, muitas vezes, a ser negligenciados e violados nas instituições de saúde. Aqui não se refere a violência obstétrica mas existe um claro objetivo de atuar no sentido da sua prevenção e da sua erradicação, chamando-se a atenção para a importância da realização de um plano de parto, para o consentimento informado, bem como para a recusa informada, e, ainda, para a atualização dos profissionais de saúde que devem, segundo a Lei, reger as suas práticas em consonância com as Recomendações emanadas pela OMS, bem como tomar decisões com base em evidências científicas. Em boa verdade, esta Lei n.º 15/2014 não seria estritamente necessária, sendo que a grande maioria do que resulta dela já se encontrava previsto tanto no CC como no CP. No entanto, é necessário este resumo por conta da nossa realidade patriarcal e para as pessoas leigas terem uma melhor noção dos seus direitos, acautelar a prática de violência deste género e, ainda, terem a noção de que estão a ser vítimas quando sujeitas a determinadas situações. Salientemos o art. 15.º-F, n.º 6 que prevê que “os serviços de saúde devem seguir

²⁶ SIMÕES, Vânia Alexandra dos Santos, “A Violência Obstétrica:...” , op. cit., pág. 14

²⁷ Disponível em [::: Lei n.º 15/2014, de 21 de Março \(pgdlisboa.pt\)](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei.n.15.2014.html)

as recomendações da Organização Mundial da Saúde para uma experiência positiva do parto”, uma vez que se fosse cumprido na sua íntegra, dificilmente precisaríamos de voltar a falar em violência obstétrica. Isto porque as recomendações da OMS têm sido precisamente no sentido de eliminar as práticas que consubstanciam atos de violência obstétrica.

Ainda no que concerne ao ordenamento jurídico português, mostra-se relevante a Resolução da AR nº 181/2021, que recomenda ao Governo a eliminação de práticas de violência obstétrica e a realização de um estudo sobre as mesmas²⁸. Esta vem reconhecer a prática de violência obstétrica e mostrar que há um certa preocupação em se perceber a situação em Portugal e de a melhorar. Uma referência feita nesta Resolução que se mostra muito importante e que destacamos é a eliminação da “episiotomia de rotina”, feita no seu nº 1, por oposição à episiotomia realizada seletivamente e com base em evidências científicas. Adiante perceberemos o porquê de este detalhe se mostrar um importante passo.

Em resposta a esta Resolução da AR, a Ordem dos Médicos emitiu uma nota tomando posição sobre a prática de atos de violência obstétrica²⁹. Nela assumem que a manobra de Kristeller e a episiotomia são más práticas obstétricas, apesar de não as reconhecerem como atos de violência obstétrica. No que diz respeito ao “ponto do marido”, é dito que não existe tal prática na nomenclatura obstétrica, contudo qualquer intervenção desnecessária será considerada necessariamente má prática médica.

Em 2018, a OMS emitiu um conjunto de recomendações dirigidas às equipas médicas e de enfermagem para que todas as grávidas tenham um parto e um pós-parto seguro e respeitado³⁰. Estas recomendações dizem respeito, nomeadamente, a medicalização do parto, redução da episiotomia, principalmente episiotomia de rotina, e da manobra de Kristeller e ao respeito pelas opções da mulher durante o parto.

Também o relatório da ONU sobre maus-tratos e violência contra as mulheres nos serviços de saúde reprodutiva, com foco no parto e na violência obstétrica destaca o já mencionado aumento do número de denúncias por parte de mulheres que se sentem ridicularizadas pelos profissionais de saúde, revelando que a violência obstétrica tem

²⁸ Disponível em [0000600006.pdf \(diariodarepublica.pt\)](#)

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

³⁰ Disponível em [9789241550215-eng.pdf;jsessionid=BCDC42466FCEFA4D64EA8C54419F1489 \(who.int\)](#)

“natureza generalizada e sistemática”³¹. Refere ainda como a violência contra as mulheres durante o parto é uma violação dos Direitos Humanos e que esta é resultado de falta de formação adequada mas também falta de respeito pela igualdade de género e Direitos Humanos das mulheres.

A nível europeu, na Resolução da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa nº 2306/2019, onde se reconhece a violência obstétrica como violência de género, é afirmado que a violência obstétrica e ginecológica é uma forma de violência há muito escondida e ainda ignorada muitas vezes. Refere-se que “na privacidade de um consultório médico ou na sala de partos, as mulheres são vítimas de práticas violentas como é caso da prática de atos médicos feitos sem o consentimento da grávida”, assumindo o compromisso 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”. Sugere ainda que a prevenção deste tipo de violência seja prioridade, designadamente, através da adoção de cuidados compassivos que garantam o respeito e a dignidade das grávidas e parturientes e recomenda aos Estados a adoção de medidas para o reforço da proteção das vítimas de violência obstétrica, destacando-se a garantia do consentimento informado e a formação dos profissionais de saúde para a sua sensibilização relativamente à prática de violência obstétrica.³²

Este aumento de relatos feitos pelas mulheres é também reconhecido pela Resolução do Parlamento Europeu sobre a situação da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos na UE no contexto da saúde das mulheres (2020/2215(INI))³³. Na exposição de motivos é precisamente referido que “estão a surgir cada vez mais relatos da violência a que as mulheres são sujeitas em atos médicos de prestação de cuidados antes, durante e depois do parto, bem como casos generalizados de violência ginecológica e obstétrica, que têm de ser combatidos” e exorta os Estados-Membros a “envidarem todos os esforços possíveis para garantir o respeito dos direitos das mulheres e da sua dignidade no parto, a condenarem

³¹ Disponível 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/)

³² Disponível em [Site do PACE \(coe.int\)](https://www.coe.int/)

³³ Resolução do Parlamento Europeu sobre a situação da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos na União Europeia no contexto da saúde das mulheres (2020/2215(INI)), de 24 de junho de 2021. Disponível em [EUR-Lex - 52021IP0314 - EN - EUR-Lex \(europa.eu\)](https://eur-lex.europa.eu/lexuris/ui/entry.do?uri=EUR-Lex%3A%2F52021IP0314%3AEN%3A%2FLEX%3A%2F52021IP0314-EN-20210624-1)

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 nos cuidados pré-natais, parto e pós-natais”, prevendo expressamente que estes violam os direitos das mulheres bem como são suscetíveis de constituir uma forma de violência de género. Ainda, é dito que se exorta também os Estados-Membros “a combaterem a violência ginecológica e obstétrica através do reforço de procedimentos que garantam o respeito do consentimento informado prévio e livre e da proteção contra tratamentos desumanos e degradantes no contexto dos cuidados de saúde, nomeadamente através da formação dos profissionais médicos”.³⁴

A clara manifestação de Organizações Internacionais relativas à prática de violência obstétrica mostra que existe, efetivamente, uma preocupação e um compromisso no combate a este tipo de violência.

Ainda, em Itália foi também já apresentado um PL que visa a criminalização da violência obstétrica, denominado *Norme per tutela dei diritti della partoriente e del neonato e per la promozione del parto fisiologico*. Também Espanha e França já iniciaram o tão necessário debate com o objetivo final de incluir a violência obstétrica na legislação dos seus países. Em Espanha, na Catalunha, já se reconheceu a violência obstétrica, na Ley 17/2020, de 22 de dezembro, *del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista*, no seu art. 4º, al. d), dando-se aí uma visão do que consiste a violência obstétrica³⁵.

Na América Latina, como vimos acima, por a violência obstétrica assumir proporções significativas, existem diversos países que despenderam esforços para regulamentar a prática de violência obstétrica, nomeadamente, Venezuela, Argentina, Colômbia e Brasil. Em todos estes já se reconheceu a violência obstétrica, e já se legislou sobre esta, tendo sido na Venezuela, inclusive, criminalizada a sua prática. Ainda, no ordenamento jurídico venezuelano, na *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, foi elaborada pelo legislador uma lista de quais são os atos que são considerados violência obstétrica³⁶.

³⁴ Disponível em [EUR-Lex - 52021IP0314 - EN - EUR-Lex \(europa.eu\)](https://eur-lex.europa.eu/lexUri.do?uri=CELEX:52021IP0314-EN)

³⁵ Disponível em [BOE-A-2008-9294 Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista.](https://www.boe.es/boe/BOE-A-2008-9294-Ley-5-2008-de-24-de-abril-del-derecho-de-las-mujeres-a-erradicar-la-violencia-machista)

³⁶ Arts. 51º e ss.

Pelo contrário, nos EUA não se conhece legislação que regule a violência obstétrica. Neste país não se reconhece legalmente a sua existência, nem se tem empreendido esforços nesse sentido.

Na realidade jurídica portuguesa, apesar de todos estes pequenos avanços feitos no sentido de reconhecer a existência de violência obstétrica, os protocolos hospitalares portugueses na área da obstetrícia e ginecologia são ainda muito desajustados desta realidade, cientificamente e juridicamente. A grande maioria não se encontra de acordo com a legislação nacional nem com o disposto em diversos diplomas legislativos internacionais, nomeadamente a legislação acima referida, bem como com as recomendações feitas tanto pela OMS como por outras entidades³⁷, não tendo também em atenção os sucessivos estudos científicos que são realizados no que diz respeito à utilização de determinadas técnicas, nomeadamente a episiotomia de rotina e a manobra de Kristeller, ambas desaconselhadas pela OMS.

Ainda, percebemos que a violência obstétrica é, de forma objetiva, uma forma de violência contra as mulheres. São sempre estas as maiores vítimas deste tipo de violência. E a violência contra as mulheres, enquanto violação dos Direitos Humanos, é repudiada, inclusive, em diplomas internacionais, nomeadamente na Declaração sobre a Eliminação da Violência Contra as Mulheres da ONU e na Convenção de Istambul, tendo o Estado o dever de empenhar todos os seus esforços para que esta seja completamente eliminada no nosso país, por ser membro integrante destes diplomas.

Assim, e seguindo as palavras de Isabel Valente, vice-presidente da APDMGP, “é preciso fazer em relação à violência obstétrica o caminho que já se fez e continua a fazer no que toca à violência doméstica: instituir uma política de tolerância zero para com as agressões físicas, verbais e emocionais à mulher no contexto da gravidez, parto e pós-parto”³⁸.

³⁷ NEGRÃO, Mia, “Direitos na Gravidez, Parto e Pós-Parto”, op. cit.

³⁸ “CAMPANHA ‘PELO FIM DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA’”, op. cit.

2. O(S) BEM(S) JURÍDICO(S) PROTEGIDO(S)

Outro aspeto que releva mencionar e perceber será a análise dos bens jurídicos postos em causa com a prática de violência obstétrica. Só assim perceberemos se estes merecem a tutela do Direito Penal, que não nos esqueçamos, só atuará em *ultima ratio*. Por esse motivo, o Direito Penal apenas deve intervir para tutelar bens jurídicos fundamentais da pessoa humana bem como da própria comunidade em geral. Assim, a densificação dos bens jurídico-penais terá sempre como referente a ordem axiológico-constitucional dos bens jurídicos.

A violência obstétrica viola diversos direitos das mulheres. O bem jurídico que é posto em causa de forma mais flagrante será a integridade física da mulher bem como os seus direitos sexuais e reprodutivos³⁹. No entanto, acrescentamos, o seu direito à autodeterminação, o seu direito à saúde, à intimidade e vida privada, a sua honra e o seu direito à informação. Estes são bens e direitos que, além de tutela constitucional, gozam de tutela penal.

Conseguimos perceber que estes são bens com uma importância de elevada grandeza para a pessoa humana e, conseqüentemente, para o Direito por representarem bens jurídicos fundamentais. E a essência do Direito Penal é precisamente proteger bens jurídicos fundamentais.

Assim, os bens jurídicos a tutelar no âmbito da violência obstétrica serão, primordialmente, a integridade física da mulher e os seus direitos sexuais e reprodutivos. E por este motivo, na nossa opinião, mostra-se imperativo que, quando de alguma forma violados, estes tenham proteção penal e a dignidade que tal Direito lhes confere.

Acrescentamos ainda que esta criminalização há-de o ser, necessariamente a título de negligência⁴⁰. Isto porque, sendo factos cometidos por profissionais da área médica, não poderemos deixar de considerar que, na grande maioria dos casos em que é praticada sobre a mulher violência obstétrica não existe, por parte do agente, uma atuação dolosa.

³⁹ Projeto de Lei nº 912/XIV/2ª: Reforça a proteção das mulheres na gravidez e parto através da criminalização da violência obstétrica, apresentado à Assembleia da República pela (ex)deputada Cristina Rodrigues, pág. 14, disponível em [DetalheIniciativa \(parlamento.pt\)](http://DetalheIniciativa.parlamento.pt)

⁴⁰ Também neste sentido, Vânia Alexandra dos Santos Simões, na sua obra “A Violência Obstétrica...”, op. cit., pág. 32, onde se lê “A violência obstétrica ainda é punível a título negligente.”

Atua com dolo quem representa os elementos que integram o ilícito típico, tendo consciência dessa ilicitude e que a prática desse facto é censurável e punida e, mesmo assim, existe a vontade do agente de praticar esse facto, como resulta do artigo 14º do CP. Por outro lado, atua com negligência, nos termos do artigo 15º do CP, o agente que atua violando o cuidado objetivamente devido e que estaria obrigado a observar, tendo em conta os seus conhecimentos e as suas capacidades pessoais.⁴¹

Facilmente percebemos a necessidade de ser um crime passível de punição a título de negligência. Como já anteriormente referido, a grande parte das situações que consubstanciam casos de violência obstétrica serão práticas negligentes, uma vez que um profissional de saúde (os seus agentes por excelência), em princípio, não praticará um ato sabendo que este preencherá um facto ilícito típico, demonstrando uma atitude de indiferença, e de que da prática de tal ato resultará a prática de um crime e a consequente responsabilidade penal. E por isso, repetimos, tais situações resultarão, maioritariamente, de atuações negligentes. Porque, de certo, tais factos típicos serão resultado de uma atuação por parte de um agente que representa tal resultado como possível não se conformando com essa realização ou de um agente que não chegue sequer a representar a possibilidade da realização daquele facto. Contudo, pela posição em que se encontram e pelos conhecimentos e zelo que são obrigados a ter no exercício da sua atividade, seria expectável que tivessem outro tipo de atuação, uma vez de que lhes é exigido tal cuidado e diligência, e que, consequentemente, representassem esse resultado.

Porém, e apesar de tudo o que se disse, não podemos pôr de parte a possibilidade de este ser um facto praticado com dolo, tomando especial relevância a atuação com dolo eventual. Age com dolo eventual o agente representa a produção de resultado como uma consequência possível da prática de determinado facto, dependendo de certas circunstâncias que serão incertas, mas que, ainda assim, adota essa conduta, conformando-se com aquele resultado⁴². Isto é, apesar de haver uma certa dependência de factos externos que se mostram incertos, o agente está consciente disso e mais, está consciente que daquele ato poderá, eventualmente, resultar a prática de um crime.

⁴¹ FIGUEIREDO DIAS, Jorge de, “Direito Penal – Parte Geral Tomo I, Questões fundamentais. A doutrina Geral do Crime”, 2ª Edição, Coimbra, Coimbra Editora, 2007, pág. 278

⁴² FIGUEIREDO DIAS, Jorge de, “Direito Penal – Parte Geral Tomo I, ...”, op. cit. pág. 368

Os resultados que aqui falamos traduzem-se, em grande parte, em ofensas à integridade física e ofensa à liberdade sexual da mulher, podendo daqui resultar danos físicos bem como danos psicológicos.

CAPÍTULO II

1. OS AGENTES/AGRESSORES E AS VÍTIMAS

De forma a esclarecer e a compreender integralmente em que consiste a violência obstétrica importa, além do que resulta da definição acima dada, perceber quem são os sujeitos envolvidos nestas violações de direitos, designadamente, quem são os agentes e quem são as vítimas.

Percebemos com as definições dadas acima que a prática da violência obstétrica acontece, por excelência, em ambiente hospitalar, no momento do parto, e, ainda, no acompanhamento feito pelos profissionais de saúde durante a gravidez e nos primeiros momentos da vida do bebé. Por esse motivo resulta de forma quase óbvia que os agentes serão os profissionais de saúde. Assim como as vítimas⁴³ serão, em primeira linha, as parturientes, mas não exclusivamente

Como dissemos, a violência obstétrica ocorre, grosso modo, em instituições de saúde, onde se inserem os hospitais, as clínicas privadas e também os consultórios médicos, acontecendo tanto em instituições públicas como em instituições privadas. Isto porque, naturalmente, acontece durante a gravidez, no momento do parto e no pós-parto, circunstâncias de tempo e de lugar em que a mulher é seguida por profissionais de saúde nessas instituições. Mas ocorre também por conta dos protocolos hospitalares que ainda vigoram nas instituições de saúde portuguesas⁴⁴. Esses protocolos hospitalares, formalmente, bem como o que está neles implícito, são assaz fechados e restritos, onde não

⁴³ Seguindo o exposto pela Comissão de Proteção às Vítimas de Crime, no documento disponível em [Vitima_Crime.pdf \(mj.pt\)](#), “Uma vítima é uma pessoa singular que sofreu um dano, nomeadamente um atentado à sua integridade física ou psíquica, um dano emocional ou moral, ou um dano patrimonial, diretamente causado por ação ou omissão, no âmbito da prática de um crime”. Neste contexto, reforçamos, serão vítimas, em primeira linha, as parturientes que sofrerão danos físicos e/ou psíquicos, bem, por vezes, serão vítimas os bebés.

⁴⁴ “Direitos na Gravidez, Parto e Pós-Parto”, op. cit.

é concebida sequer a autonomia das grávidas para tomarem decisões sobre o seu corpo e sobre o seu próprio parto, prevendo, ao invés, práticas clínicas gerais e iguais para todas as mulheres grávidas, não tendo em conta que cada mulher terá as suas opções próprias e diferentes entre si, estando esta situação de mão dada com a questão do consentimento informado, mais especificamente, dos formulários de consentimento⁴⁵. Mas a seu tempo abordaremos esse tema.

Um dos exemplos mais importantes destas práticas protocolares é a situação da liberdade de movimentos da mulher grávida. Em várias instituições não é permitida a liberdade de movimentos da mulher nem lhe é permitido escolher a posição que pretende adotar no momento expulsivo⁴⁶.

Outra situação que se verifica neste âmbito será a eventual omissão de determinadas normas que deveriam constar dos protocolos ou das guias de boas práticas dos hospitais, como a menção expressa da proibição das práticas desaconselhadas pela OMS no seu guia de boas práticas⁴⁷. Por exemplo, fazendo constar que naquela instituição não se realizará manobra de Kristeller ou episiotomia de rotina. Se constassem, e sendo cumpridas, não seria necessário falarmos de violência obstétrica.

Nos termos do art. 10º do CP, o facto que leve a um resultado de um determinado tipo legal de crime abrange não só a ação como a omissão da ação que seria adequada a evitá-lo. Mais se acrescenta, prevendo que a comissão de um resultado por omissão é punível quando sobre o omitente recair um dever jurídico que o obrigue a evitar tal desfecho. Ou seja, quando sobre o omitente recair um dever de garante. Como percebemos, sobre estes profissionais de saúde recai um dever de garante. É a estes que cabe, em primeira linha, evitar a prática de atos lesivos dos pacientes, neste caso das parturientes. Nomeadamente, deve-se fazer constar nos protocolos hospitalares, nos guias de conduta dos profissionais de saúde que integram as equipas, os atos que devem ser levados a cabo ou, pelo contrário, de práticas que não devem, de todo, fazer parte das práticas daquele hospital, principalmente, no que toca a práticas desaconselhadas pela OMS. Isto porque, nos termos do nº 6 do art.

⁴⁵ NEGRÃO, Mia, e-book “Violência obstétrica...”, op. cit., pág. 38

⁴⁶ Neste sentido, o disposto no “Inquérito Experiências de Parto em Portugal | 1ª edição”, págs. 19 e ss. e “Inquérito Experiências de Parto em Portugal | 2ª edição”, págs. 25 e ss., disponíveis, respetivamente em [Experiências Parto Portugal 2012-2015.pdf \(associacaogravidezparto.pt\)](#) e [Microsoft Word - Experiências de Parto em Portugal 2edicao 2015-19.docx \(associacaogravidezparto.pt\)](#)

⁴⁷ Disponível em [9789241550215-eng.pdf;jsessionid=BCDC42466FCEFA4D64EA8C54419F1489 \(who.int\)](#)

15º-F da Lei nº 15/2014, os serviços de saúde portugueses devem seguir as recomendações da OMS. Vale a pena ressaltar que estará aqui em causa a prática de um crime de omissão imprópria por não se prever especificamente determinada não atuação no tipo legal mas dessa omissão (a não realização de determinado ato para salvar a parturiente) resulta um facto previsto no tipo legal de crime⁴⁸.

Na senda do que acima se disse, os agentes concretos serão os profissionais de saúde, em particular mas não exclusivamente, os médicos obstetras, EESMOs e médicos anestesistas. Estes são quem, por excelência, praticam violência obstétrica. O que não surpreende, uma vez que regem a sua conduta profissional de acordo com o paternalismo clínico⁴⁹. A par disto, também releva o facto de Portugal ter adotado um modelo biomédico, onde se encara o parto como um evento muito perigoso e que exigirá sempre intervenções clínicas. Este modelo contrapõem-se ao modelo biopsicossocial, adotado em países europeus como o Reino Unido, a Bélgica e a Dinamarca, em que se defende o parto como um processo fisiológico e, por esse motivo, centra todos os cuidados a ter na grávida e no bebé, havendo uma prestação de cuidados individualizada e adaptada a cada parturiente e em que esta tem uma participação ativa.⁵⁰

Nas consultas de vigilância da gravidez é frequente os obstetras limitarem, desde logo, as opções e a escolha das grávidas, apropriando-se dos seus processos reprodutivos⁵¹. Fazem-no dando certas informações que, descontextualizadas, assustam as grávidas e como que as conduzem ao plano mental pretendido pelo obstetra, tomando eles as decisões relativas ao parto, num contexto de completa desinformação da mulher. Também os EESMOs praticam frequentemente atos de violência obstétrica, por terem competência para assistir e praticar atos em partos de baixo risco. Estes enfermeiros especialistas executam os protocolos hospitalares, em grande parte, sem os questionar e executam ordens diretas dos obstetras das suas equipas, quando deveriam trabalhar numa relação de interdependência e

⁴⁸ FIGUEIREDO DIAS, Jorge de, “Direito Penal – Parte Geral Tomo I, ...”, op. cit., pág. 916:

“(…) os impuros (...) se não encontrarem descritos em um tipo legal de crime, tornando-se por isso indispensável o recurso à cláusula de equiparação contida no artigo 10º, para resolver correcta e seguramente os problemas do círculo dos autores idóneos e da caracterização do seu dever de garantia.”

⁴⁹ A crença de que os profissionais de saúde devem tomar as decisões pelas pacientes, por terem mais conhecimentos e por terem a obrigação de os salvar

⁵⁰ NEGRÃO, Mia, e-book “Violência obstétrica...”, op. cit., pág. 16

⁵¹ *Ibid*

não de dependência hierárquica⁵². Isto faz com que sejam, muitas vezes, eles próprios agentes da prática de violência obstétrica, nomeadamente, sendo eles quem realizam algumas das práticas mais comuns e, ao mesmo tempo, mais contraproducentes, como a realização da episiotomia e da manobra de Kristeller.⁵³

Além destes, são agentes da prática de violência obstétrica todas as pessoas intervenientes no parto, como é o caso dos médicos anestesistas e dos auxiliares de ação médica, que podem limitar as escolhas da grávida ou tentar levá-la a tomar determinada decisão que vá ao encontro do que se pretende, não a informando corretamente ou, ainda, que a agrida psicologicamente, maltratando-a.⁵⁴

Concluimos, portanto, as circunstâncias de lugar onde, por excelência, é praticada violência obstétrica são as instituições de saúde, e no plano relevante da sua responsabilidade penal podem ser agentes da prática de violência obstétrica os profissionais de saúde, os EESMOs, bem como outra qualquer pessoas que intervenha no parto.

Importa agora perceber quem são as vítimas desta prática.

As principais vítimas serão sempre, como nos parece claro, as mulheres, visto que a prática da violência obstétrica ocorre no âmbito da sua gravidez e acompanha as diferentes fases.

A questão que se coloca neste âmbito é se também os recém nascidos poderão ser vítimas de violência obstétrica ou se não se estende a estes esse estatuto, sendo apenas a mulher a vítima.

Entendemos que também os bebés poderão ser vítimas desta prática. Vejamos.

As medidas protocoladas no que diz respeito ao parto podem colocar em risco a grávida mas podem ainda colocar em risco o bebé. Nos hospitais portugueses são realizadas muitas intervenções protocoladas de forma rotineira, inclusive em grávidas de baixo risco, e sem se obter sequer o consentimento informado da grávida. Consequentemente, essas intervenções que podem representar um risco para a pessoa grávida, aumentam o risco

⁵² Cfr. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Regulamento nº 391/2019)

⁵³ NEGRÃO, Mía, e-book “Violência obstétrica...”, op. cit., pág. 16 e ss.

⁵⁴ *Ibid*, pág. 18

também para o feto, podendo inclusive levar a outras intervenções.⁵⁵ Podem, por exemplo, levar a um parto instrumentalizado, aumentando os riscos para o recém nascido. Caso essas intervenções resultem em algum dano para o bebê, defendemos que o estatuto de vítima de violência obstétrica seja estendido a este.

Sustentamos também esta posição no art. 67º-A do CPP onde se prevê uma definição do conceito de vítima. Nele se pode ler que se considera vítima:

“i) A pessoa singular que sofreu um dano, nomeadamente um atentado à sua integridade física ou psíquica, um dano emocional ou moral, ou um dano patrimonial, diretamente causado por ação ou omissão, no âmbito da prática de um crime;

ii) Os familiares de uma pessoa cuja morte tenha sido diretamente causada por um crime e que tenham sofrido um dano em consequência dessa morte”.

Pode, então, o recém nascido ser também vítima de violência obstétrica por ter sofrido dano causado em consequência de um ato praticado por um agente acima já referido, bem como, numa situação mais extrema, esse ato, não lhe provocando diretamente um dano, resulte na morte da sua mãe.

Um caso concreto que mostra de forma clara a importância desta questão é o caso do “bebé sem rosto”. Rodrigo nasceu em outubro de 2019 com diversas malformações graves, nomeadamente com falta de olhos, nariz e sem parte do crânio. O problema levantou-se porque o obstetra que acompanhava a gravidez da sua mãe, na realização das ecografias nunca sinalizou ou alertou os pais de quaisquer problemas no desenvolvimento do feto ou de quaisquer malformações.⁵⁶

De acordo com um artigo publicado no Diário de Notícias⁵⁷, o MP de Setúbal arquivou o inquérito instaurado contra o obstetra em causa por considerar que a malformação do feto não teria resultado de erro, omissão ou negligência médica. Contudo, o MP reconheceu que o obstetra violou regras e normas a que estava vinculado, ou seja, violou a *legis artis*. Pelo já dito até ao momento, percebemos que estamos perante uma situação que

⁵⁵ *Ibid*, pág. 21

⁵⁶ [Processo do bebé sem rosto arquivado \(tsf.pt\)](https://www.dn.pt/sociedade/bebe-sem-rosto-obstreta-proibido-de-exercer-qualquer-ato-profissional-15924436.html)

⁵⁷ Disponível em <https://www.dn.pt/sociedade/bebe-sem-rosto-obstreta-proibido-de-exercer-qualquer-ato-profissional-15924436.html>

consubstanciam um caso de violência obstétrica em que a maior vítima é o bebê. Da violação da *legis artis* resultou um dano físico e psíquico para o recém nascido.

Reforçamos, assim, a nossa posição de que o recém nascido, além das mulheres, poderão ser vítimas de violência obstétrica.

2. A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A CONSEQUENTE VIOLAÇÃO DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DA MULHER

Na prática de violência obstétrica são atingidos, embora não exclusivamente, os direitos sexuais e reprodutivos da mulher, atingindo a sua intimidade e a sua integridade sexual e reprodutiva, assumindo também dimensão de violência sexual. Estes atos são todos os procedimentos que prejudicam a dinâmica do parto, desrespeitando o ritmo biológico da mulher e perante os quais a mesma se apresenta totalmente indefesa⁵⁸.

A Resolução do Parlamento Europeu sobre a situação da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos na EU (2020/2215(INI)), de 24 de junho de 2021, define a saúde sexual e reprodutiva como “um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social relativamente a todos os aspetos da sexualidade e da reprodução, e não apenas a ausência de disfunção, doença ou mortalidade, e que todas as pessoas têm o direito de tomar decisões relativas aos seus corpos, livres de discriminação, coação e violência, e de aceder a serviços de SSR que apoiem esse direito e adotem uma abordagem positiva da sexualidade e da reprodução, sendo a sexualidade parte integrante da existência humana”. Afirma-se, ainda, que “a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos (SDSR) são, de acordo com a OMS, um termo global para designar várias questões que afetam todas as pessoas e que representa quatro domínios distintos: a saúde sexual, os direitos sexuais, a saúde reprodutiva e os direitos reprodutivos, que se baseiam no direito de todas as pessoas de serem respeitadas a sua integridade física, privacidade e autonomia pessoal; (...) de decidirem se casam, quando e com quem, e se têm filhos ou não, quantos e de que forma; de terem acesso, ao longo da vida, à informação, aos recursos, aos serviços e ao apoio necessários para alcançarem o

⁵⁸ SIMÕES, Vânia Alexandra dos Santos, “A Violência Obstétrica:...” , op. cit.

conjunto de objetivos enunciado anteriormente, livres de discriminação, coação, exploração e violência”.⁵⁹

O acesso à saúde, especialmente à saúde sexual e reprodutiva, é um direito fundamental das mulheres que não deve, em momento algum, ser diminuído ou violado, assim como é fundamental para os casais e para as famílias, uma vez que se pressupõe uma plena capacidade da mulher de fruir da sua função sexual, sem riscos, e a capacidade de procriar, sendo livre de decidir se e quando quer ter filhos.

Afetando a capacidade de procriação da mulher, levanta-se o problema da violação do seu direito constitucionalmente protegido a constituir família, nos termos do art. 46º da CRP. A mulher deverá poder decidir se quer constituir família e em que termos, mas afetando a sua capacidade de procriar, é-lhe limitada essa liberdade. Quer seja a liberdade de ter mais filhos, quer seja a liberdade de ter filhos quando a violência a que é sujeita resultar na morte do seu bebé e impedindo-a, de todo, de ter filhos.

Ilustrativa da violação destes direitos fundamentais da mulher é a realização da episiotomia de rotina, que atinge a sexualidade da mulher, afetando a sua fruição sexual, bem como a sua integridade reprodutiva, sendo que pode ter implicações num futuro parto, bem como até no seu pós parto, como veremos em ponto próprio⁶⁰.

É certo que a liberdade sexual é um bem disponível a partir do momento que a pessoa atinge a maioridade. Mas acreditamos que neste contexto da prática da violência obstétrica, está em causa um problema mais complexo e um bem jurídico também mais complexo.

Na génese dos direitos sexuais está a liberdade e a autodeterminação sexual⁶¹, bens que são, como já referimos, livremente disponíveis. Ora, estando apenas estes bens em causa, havendo consentimento informado da parturiente, não haveria qualquer tutela que pudéssemos ter. Contudo, em simultâneo é praticada uma ofensa à sua integridade física,

⁵⁹ Resolução do Parlamento Europeu sobre a situação da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos ..., op. cit.

⁶⁰ Neste sentido Mia Negrão no artigo “A Episiotomia Como Forma de Mutilação Genital Feminina à Luz do Artigo 144º-A do Código Penal”, publicado na *Revista Portuguesa de Direito da Saúde – Lex Medicinæ – Ano 20 – nº 39 – Janeiro/Junho 2023* e disponível em <http://www.centrodedireitobiomedico.org/publica%C3%A7%C3%B5es/revistas/revista-portuguesa-de-direito-da-sa%C3%BAde-lex-medicinae-ano-20-n%C2%BA-39-janeirojunho>

⁶¹ CEJ, “Crimes Sexuais – Coleção de Formação Contínua”, 2ª edição, 2021, disponível em [Crimes sexuais - 2.ª edição \(justica.gov.pt\)](https://www.justica.gov.pt/Crimes%20sexuais), pág. 15

surgindo estas violações como uma forma específica de ofensa à integridade física, uma vez que tais atos ofendem não só a saúde mas também o corpo da mulher, tendo repercussões na capacidade e fruição sexual da mulher.

Neste ponto releva mencionar a realização do “ponto do marido”. Este procedimento é realizado na sequência da realização da episiotomia e tem como objetivo deixar a vagina da mulher mais estreita do que se apresentava ainda antes do parto, com a justificação de que a mulher, após o parto, por força das intervenções que sofreu e do próprio parto, poderá obstar ao prazer sexual masculino. Este procedimento médico tem como consequência para a mulher desconforto e dores nas relações sexuais, sendo que algumas chegam ainda a desenvolver infeções.⁶²

Concluimos, portanto, que não são “apenas” violados os direitos sexuais e reprodutivos da mulher, mas também a sua integridade física. E, por este motivo, esta mostra-se como uma forma de ofensa à integridade física grave, nos termos do art. 144º, al. b) do CP, por estar em causa uma afetação grave da sua capacidade de procriação e/ou de fruição sexual. E a integridade física, apesar de ser também um bem disponível, não o é sem reservas, ao contrário da liberdade sexual. No art. 149º do CP determina-se que para efeitos de consentimento a integridade física se considera um bem livremente disponível. Só que não poderemos esquecer que o disposto neste artigo está sujeito aos limites impostos pelo art. 38º do mesmo Código.

No art. 38º o legislador definiu que o consentimento excluirá a ilicitude do facto, não só quando estivermos perante bens jurídicos livremente disponíveis, mas também quando esse facto não ofender os bons costumes. Impõe ainda como limite ao consentimento que a pessoa possua o necessário discernimento para avaliar o seu sentido e o alcance no momento em que é prestado esse consentimento. Levanta-se, assim, a questão da validade do consentimento dado pela mulher grávida que esteja num momento de um sofrimento atroz.⁶³

⁶² SIMÕES, Vânia Alexandra dos Santos, “A Violência Obstétrica:...”, op. cit., pág.16

⁶³ Abordaremos esta temática em ponto próprio.

A violação da liberdade sexual da mulher na violência obstétrica merecendo tutela mas sendo um bem livremente disponível, pode, por força destes contornos, encontrar tutela penal por esta via do crime de ofensa à integridade física.

3. A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E O CRIME DE OFENSA À INTEGRIDADE FÍSICA

Em Portugal a violência obstétrica ainda não está tipificada no CP enquanto crime autónomo. No entanto, de forma a colmatar essa lacuna, é possível punir alguns dos atos de violência obstétrica enquadrando-os em tipos legais de crime já previstos, como é o caso do crime de ofensa à integridade física⁶⁴.

No CP vigente no seu art. 143º prevê-se a punição de quem ofender o corpo ou a saúde de outra pessoa e no art. 144º do CP uma punição agravada de quem ofender o corpo ou saúde de uma pessoa de forma a “b) tirar-lhe ou afetar-lhe de maneira grave (...) as capacidades (...) de procriação ou de fruição sexual” ou “d) provocar-lhe perigo de vida”.

Tendo este ponto de partida, analisemos este conceito.

Não raras vezes resultam ofensas físicas dos atos praticados pelos profissionais de saúde, atos esses que se traduzem tipicamente em atos de violência obstétrica. A violência obstétrica física traduz-se em práticas institucionalizadas e enraizadas no nosso sistema de saúde, sendo que muitas delas não têm qualquer base científica e são, inclusive, desaconselhadas pela OMS. Neste sentido, relembramos a definição anteriormente dada a este propósito: são atos de violência obstétrica física as condutas que inflijam dor ou danos físicos à parturiente ou ao nascituro assim como todos os atos praticados pelos profissionais de saúde que não respeitem o ritmo biológico da parturiente, sendo injustificados⁶⁵ ou, acrescentamos, praticados sem consentimento da mulher.

É certo que sendo a integridade física um bem jurídico disponível, o consentimento da mulher para determinados atos médicos excluirá a ilicitude desse ato, nos termos dos arts. 38º e 149º do CP. No entanto, o legislador impõe como limite, no art. 38º do CP, o facto lesivo não ofender os bons costumes. Ou seja, ofendendo os bons costumes, o consentimento é inválido.

⁶⁴ SIMÕES, Vânia Alexandra dos Santos, “A Violência Obstétrica:...” , op. cit., pág.13

⁶⁵ *Ibid*

Os bons costumes traduzem-se em normas não jurídica de conduta que espelham o sistema moral e social de determinada época e sociedade⁶⁶. Nas palavras de Figueiredo Dias, “o facto consentido constitui ofensa aos bons costumes sempre que (mas só quando) ele possua uma gravidade e/ou (sobretudo) uma irreversibilidade tais que fazem com que, nesses casos, apesar da disponibilidade de princípio do bem jurídico, a lei valora a sua lesão mais altamente do que a auto-realização do seu titular”, sendo que “o consentimento será ineficaz quando a ofensa à integridade física possua uma gravidade – nomeadamente a irreversibilidade, v.g. uma mutilação – que, perante ela, o valor da auto-realização deva ceder o passo”⁶⁷, isto é, ofenderá os bons costumes o ato consentido que seja de tal gravidade ou irreversibilidade que a lei valora mais a lesão que resulta do ato do que a disponibilidade do bem jurídico.

Assim, apesar de, por vezes, se usar o consentimento da mulher para justificar a prática de determinados atos, não será este consentimento válido, visto que, como continuaremos a constatar, os danos que podem resultar dessas práticas são de uma gravidade bastante considerável, sendo, em alguns casos, danos irreversíveis.

Uma das práticas que se pode falar neste âmbito e que ilustra perfeitamente esta questão é a prática da manobra de Kristeller. A manobra de Kristeller consiste em alguém (no caso um profissional de saúde) colocar uma parte do seu próprio corpo em cima do ventre da grávida ou, em alternativa, fazer pressão nesse mesmo local com os braços. Esta é uma prática bastante comum nas maternidades portuguesas⁶⁸, com o objetivo de acelerar o processo do trabalho de parto, sendo que, além de desaconselhada pela OMS, não existem quaisquer evidências científicas que sustentem a existência de algum tipo de benefício associado. Uma outra prática que assume aqui relevância, e que abrange os vários tipos de violência obstétrica, é a realização de episiotomia, que de seguida desenvolveremos. Mas deixamos, desde já, a nota de que esta, abrangendo também a dimensão da violência física, é uma prática que acarreta danos físicos e na saúde sexual da a mulher, como dor nas relações sexuais, podendo ainda sofrer infeções ou hematomas como resultado desta prática.

⁶⁶ NEGRÃO, Mia, “A Episiotomia Como Forma de Mutilação Genital Feminina ...”, op. cit.

⁶⁷ FIGUEIREDO DIAS, Jorge de, “Direito Penal – Parte Geral Tomo I...”, op. cit., págs. 481 e ss.

⁶⁸ Neste sentido, um artigo publicado no jornal Público, no dia 11 de abril de 2023, intitulado “Más práticas obstétricas com mais peso na região Centro, revela estudo”, onde se lê “segundo este estudo que obteve respostas de 1847 mulheres através de um questionário realizado *online*, em que 49,7% dos casos de partos instrumentados as mulheres foram sujeitas a esta manobra”, acrescentando que “é na região Centro que os valores são mais elevados: 66,7% contra 34,8% em Lisboa e Vale do Tejo (a que teve a percentagem mais reduzida)”.

Recentemente, com a abertura da discussão na sociedade sobre a violência obstétrica nas maternidades portuguesas, várias mulheres têm vindo a público falar dos seus partos e da sua experiência, a grande maioria, negativa⁶⁹. E a violação dos seus direitos com a prática destes atos podem afetar, até a longo prazo, a integridade física da mulher, condicionando a sua vida.

3.1. A EPISIOTOMIA E O CRIME DE MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA

Ainda no que a ofensas físicas diz respeito mostra-se relevante a prática da episiotomia, falando dela de forma isolada. Por um lado, esta poderia ser punida sendo enquadrada no crime de intervenções médico-cirúrgicas arbitrárias, quando praticada sem consentimento e sem ser dada qualquer informação à mulher. Porém, é mais consensual ser enquadrada no crime de ofensas à integridade física, tendo-se vindo a discutir, no entanto, o seu enquadramento no crime de MGF, crime autonomizado apenas em 2015 e previsto no art. 144º-A do CP, onde se protege além da integridade física da mulher, a sua integridade psíquica e sexual⁷⁰.

A MGF é definida na Declaração Conjunta da OMS com a OHCHR, ONUSIDA, PNUD, UNECA, UNESCO, UNFPA, ACNUR, UNICEF e UNIFEM como “todos os procedimentos que envolvam a remoção parcial ou total dos órgãos genitais externos ou quaisquer danos infligidos aos órgãos genitais femininos por motivos não médicos”⁷¹. Nesta Declaração afirma-se o desconhecimento de qualquer benefício da MGF para a saúde e defende o entendimento de que esta prática é altamente prejudicial por ser dolorosa e

⁶⁹ É o caso de Eugénia Queiroz, que, em entrevista para o jornal Observador, disponível em <https://observador.pt/especiais/maus-tratos-no-parto-protége-as-mulheres/>, afirma que apenas se apercebeu do que lhe tinha acontecido no dia do seu parto ao comunicar com outras pessoas sobre esse evento da sua vida. Relata que quando entrou na maternidade ouviu palavras rudes vindas de enfermeiros e, quando pediu para lhe ser administrada epidural, teve de esperar durante horas. Já no parto conta que “não me podia mexer, não podia falar, não podia fazer nada”, continuando “A enfermeira disse que ia fazer uma coisa e não me explicou o quê. Cortou-me meteu a mão lá dentro e rodou o bebé. Tive dores horríveis”. No seguimento do seu relato, diz, ainda, que foi vítima da realização de manobra de Kristeller. No pós parto relembra que esteve quase dois meses sem conseguir realizar uma tarefa simples do dia a dia como conseguir sentar-se ou andar. Dependia de ajuda até para tomar banho. “Fiquei mais inválida do que estava no final da gravidez”.

⁷⁰ NEGRÃO, Mía, “A Episiotomia Como Forma de Mutulação Genital Feminina ...”, op. cit.

⁷¹ WHO, “Eliminating genital mutilation: an interagency statement OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO”, 2008, disponível em [Eliminating female genital mutilation: an interagency statement - OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO](#)

traumática e por interferir com o funcionamento natural do corpo, impactando negativamente a saúde quer a curto quer a longo prazo.

O tipo de MGF que a episiotomia representa difere do que habitualmente se considera como MGF. Desde logo, porque é um ato cirúrgico praticado nos partos hospitalares, sendo sempre realizado por profissionais de saúde, que, acreditamos, creem estar a utilizar uma técnica adequada, apesar de não considerarem os riscos que se encontram associados a esta prática.

A episiotomia consiste num corte cirúrgico que é realizado no períneo por profissionais de saúde durante o período expulsivo do parto para, alegadamente, ampliar o canal de parto e facilitar o nascimento do bebé, encurtando a duração do período expulsivo, sendo equiparada a uma laceração de grau 2⁷². Apesar de apenas recomendada quando estiver em causa o sofrimento fetal ou materno, esta é feita de forma rotineira no parto hospitalar⁷³, sendo, ainda, realizada muitas vezes sem consentimento, sendo que muitas mulheres se sentem violadas, violentadas e mutiladas com esta prática⁷⁴.

Existem evidências científicas que, ao invés de apresentarem benefícios associados à prática da episiotomia, apresentam uma multiplicidade de riscos para a mulher⁷⁵. Em 2018, a OMS reconheceu precisamente isso, desaconselhando aos profissionais de saúde a sua realização⁷⁶.

A prática da episiotomia foi ganhando adesão na comunidade médica devido à crença de que assim se reduzia o tempo do período expulsivo, permitindo dessa forma atender-se mais mulheres num período mais curto de tempo. Outro fator que concorreu para

⁷² APDMG, “A episiotomia à luz da lei”, escrito por Vânia Simões, disponível em [A episiotomia à luz da lei - Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto \(associacaogravidezparto.pt\)](#); NEGRÃO, Mia, e-book “Violência obstétrica...”, op. cit. pág. 10

⁷³ No artigo supra mencionado publicado no jornal Público, no dia 11 de abril de 2023, intitulado “Más práticas obstétricas com mais peso na região Centro, revela estudo”, lê-se que “em Portugal, entre Março de 2020 a Outubro de 2021, 39,3% das mulheres inquiridas que tiveram um parto vaginal sem recurso a fórceps ou ventosa foram submetidas a esta prática”, sendo que “no Centro este corte foi aplicado a 59,8% das grávidas, enquanto no Norte essa percentagem foi de 31,8%”.

Ainda neste sentido relevam o artigo “A Episiotomia Como Forma de Mutilação Genital Feminina à Luz do Artigo 144º-A do Código Penal”, op. cit.; Bárbara Bettencourt Borges, Fátima Serrano e Fernanda Pereira no artigo “Episiotomia: Uso generalizado *versus* seletivo”, in Artigo Revisão, Acta Médica Portuguesa 2003 e disponível em [2205 N \(unl.pt\)](#)

⁷⁴ APDMG, “A episiotomia à luz da lei”, op. cit.

⁷⁵ CUNHA, Eliana, “Violência no Parto em Minas Gerais: ...”, op. cit., págs. 12 e 13

⁷⁶ Disponível em [WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience](#)

a institucionalização desta prática, tornando-a numa prática protocolada na maioria dos hospitais portugueses, prende-se com a falta de liberdade de movimento no momento expulsivo. Isto porque o parto em meio hospitalar obedece à regra da posição litotómica⁷⁷. Contudo, esta não é a posição fisiologicamente mais adequada ao parto, provocando dificuldades no momento expulsivo, tornando o processo mais demorado e aumentando a probabilidade de parto instrumentalizado. Aliás, as informações que existem vão no sentido da que não há benefícios associados a esta posição, a não ser para os profissionais de saúde que assim conseguem garantir maior visibilidade e melhor acesso ao canal de parto.⁷⁸

A Convenção de Istambul reconhece que a MGF consubstancia uma grave violação dos Direitos Humanos, estatuidando-se no seu art. 38º que os Estados devem adotar medidas que assegurem a criminalização de quem levar a cabo esta prática.

Contudo, voltamos a salientar, a prática da episiotomia não se baseia em qualquer evidência científica que demonstre a sua eficácia, pelo contrário as evidências que existem vão em sentido contrário, mostrando que associados à episiotomia existem riscos, como infeções ou hematomas e, em casos extremos, a morte materna. A OMS recomenda, por isso, o seu uso limitado, restringindo este procedimento a casos em que haja sinais de sofrimento fetal, progressão insuficiente do trabalho de parto e ameaça de laceração de 3º grau.⁷⁹ Percebemos assim que a episiotomia pode, efetivamente, ter benefícios associados, mas estes benefícios decorrem da prática de uma episiotomia seletiva, ao contrário do que sucede na realização da episiotomia de rotina e que não tem qualquer benefício associado.

Na Declaração “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde” a OMS declara que “num parto normal, deverá haver uma razão válida para interferir com o processo natural em curso (...) com o mínimo nível possível de intervenção compatível com a segurança”.

Em 2018, a OMS, nas Recomendações emitidas para uma Experiência de Parto Positiva, deixou de indicar uma taxa máxima de 10% de episiotomias por país, passando a não recomendar de todo a utilização desta prática, entendendo que nenhuma taxa de episiotomia é aceitável. Recomenda também, no seguimento do anteriormente dito, a adoção

⁷⁷ Consiste na posição dos pés do paciente acima ou no mesmo nível que os quadris, com o períneo posicionado na margem da maca.

⁷⁸ NEGRÃO, Mía, “A Episiotomia Como Forma de Mutilação Genital ...”, op. cit., pág. 122

⁷⁹ WHO, “Care in Normal Birth: birth practices”, 1996

de posições verticais no período expulsivo de maneira a respeitar a fisiologia do parto e de evitar intervenções médicas.⁸⁰

A MGF apresenta a possibilidade de provocar obstrução do canal de parto o que, conseqüentemente, aumenta a probabilidade de cesariana em partos subsequentes, além de hemorragia no pós-parto e lacerações graves do períneo. Há, igualmente, um maior risco de mortalidade neonatal prematura ou de ocorrência de parto com nado morto, segundo a Orientação nº 005/2012, da DGS. A mesma Orientação indica como algumas das complicações imediatas da MGF dor intensa, hemorragia ou choque hipovolêmico, infecções ou choque séptico, dificuldades em urinar ou defecar, e até mesmo a morte. A longo prazo refere complicações do foro uro ginecológico, psicológico, sexual e obstétrico, nomeadamente, e a título de exemplo, a obstrução vaginal, depressão, disfunção sexual e complicações no parto.⁸¹

Assim, se defendermos, como defendemos, a episiotomia como forma de MGF percebemos que a sua prática no momento do parto pode originar, além de complicações no pós-parto, dificuldades num parto futuro da mulher, podendo ter repercussões tanto na pessoa mutilada como no bebé. Ainda, pode provocar danos graves que levam à alteração da função sexual da parturiente bem como limitam a fruição do corpo e do prazer. Ofendendo, claramente, os bons costumes, na sequência do que foi já referido no ponto anterior, mesmo que consentido, esse consentimento é inválido. Também na Convenção de Istambul, no seu art. 42º, se prevê que o costume religioso, cultural, social ou tradicional não justifica a MGF.⁸²

Os atos tipificados no art. 144º-A do CP são os procedimentos mais comuns de da prática de MGF, de índole cultural e religiosa. Porém, nada impede que outro tipo de procedimento não seja passível de criminalização. Nomeadamente, porque na disposição mencionada encontra-se um segmento de tipificação aberta permitindo a criminalização destes atos: “qualquer outra prática lesiva do aparelho genital feminino por razões não

⁸⁰ Disponível em [9789241550215-eng.pdf;jsessionid=D08262E106E03CA7B0C6E1CEC85AA3D2](https://www.who.int/publications/m/item/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=D08262E106E03CA7B0C6E1CEC85AA3D2) (who.int)

⁸¹ NEGRÃO, Mia, “A Episiotomia Como Forma de Mutilação Genital Feminina ...”, op. cit.

⁸² Neste sentido, Mia Negrão em “A Episiotomia Como Forma de Mutilação Genital Feminina ...”, op. cit., pág. 128

médicas”. E é precisamente neste segmento que entendemos que cabe a tutela penal da prática da episiotomia rotineira feita pelos profissionais de saúde no parto hospitalar.

Também os riscos associados à prática de episiotomia são semelhantes às restantes práticas de MGF. Destacamos como complicações mais comuns da realização da episiotomia as dores crónicas durante as relações sexuais penetrativas, infeções, incontinência urinária, trauma perineal e corte dos músculos, do esfíncter anal e do ânus⁸³. Como complicações da MGF destacamos as alterações uro ginecológicas, disfunções sexuais decorrentes do trauma físico e psicológico, nomeadamente, a nível da resposta sexual, ligada ao medo, à diminuição da libido, dispareunia e/ou antecipação da dor, ansiedade e pânico, sendo que estes efeitos associados à prática da MGF podem ainda resultar em problemas na resposta sexual dos parceiros(as) sexuais da mulher, que, como mencionado, antecipam a dor e a dificuldade acrescidas na penetração ou mesmo a sua impossibilidade⁸⁴. Percebemos, então, que o que resulta da prática de MGF que se encontra tipificada no nosso CP se aplica à prática de episiotomia.

Independentemente da criminalização desta prática, há profissionais de saúde que a praticam com a crença de que a sua prática, por ser medicamente assistida, funcionará como uma forma de reduzir os danos na saúde da mulher quando praticada com recurso a objetos esterilizados e cumprindo determinadas regras de higiene, reduzindo os riscos, como a gravidade da laceração ou sequelas no pós parto. Não há, porém, qualquer evidência científica que o facto de existir supervisão médica deste ato reduza as complicações quer a curto quer a longo prazo.⁸⁵

Já em 1999, Marsden Wagner, numa carta publicada no *The Lancet*⁸⁶, apresentando fundamentos científicos para demonstrar a não necessidade da episiotomia, afirmou que todas as evidências apresentadas mostravam que, quando comparada a episiotomia com uma laceração natural, a episiotomia resulta em maiores hemorragias, mais dor, mais deformidades vaginais permanentes, mais e maiores dificuldades na atividade sexual, além de que os principais benefícios invocados pelos profissionais que levam a cabo a realização

⁸³ NEGRÃO, Mia, “A Episiotomia Como Forma de Mutilação Genital Feminina ...”, op. cit., pág. 129

⁸⁴ *Ibid*

⁸⁵ *Ibid*

⁸⁶ WAGNER, Marsden, Episiotomy: a form of genital mutilation, *The Lancet*, June 05, 1999, disponível em [Episiotomy: a form of genital mutilation - The Lancet](#)

da episiotomia, como a prevenção de lacerações de 3º grau, prevenção de danos permanentes no pavimento pélvico e proteção do bebé das consequências adversas de uma segunda fase de trabalho de parto prolongada, não são benefícios que sejam suportados por evidências científicas. As lacerações espontâneas, que decorrem do parto, sem qualquer intervenção médica, cicatrizam melhor e têm uma menor taxa de infeções associadas⁸⁷.

Apesar de tudo isto e do apelo feito à não realização da episiotomia, os (únicos) dados oficiais, constantes de um relatório de 2010⁸⁸, indicam uma taxa de episiotomia a rondar os 70% em Portugal. Ainda, num inquérito realizado pela APDMGP sobre experiências de parto em Portugal, no período compreendido entre 2015 a 2019⁸⁹, em que 7555 das 7593 mulheres que participaram tiveram um parto em Portugal entre 1 de janeiro de 2015 e 31 de dezembro de 2019, resulta que foi realizada episiotomia em 60,9% dos partos vaginais e em 6,8% das cesarianas⁹⁰.

Por tudo o que foi até aqui dito constatamos que apesar de todos os estudos já feitos e de ser uma prática expressamente desaconselhada pela OMS e apesar de ser passível de criminalização, por considerarmos a episiotomia uma forma de MGF por em tudo se assemelhar às práticas tipificadas no CP, esta continua a ser uma prática muito frequente na realidade dos partos hospitalares portugueses, sendo, possivelmente, uma prática protocolada em diversos serviços de obstetrícia, tendo em conta a incidência da sua realização.

Excetuam-se destas situações os casos em que a episiotomia é realizada, efetivamente, por motivos clínicos e usada de forma criteriosa, devido a lesões provocadas pela prática de outras formas de MGF, designadamente, quando existe uma verdadeira

⁸⁷ Bárbara Bettencourt Borges, Fátima Serrano e Fernanda Pereira, em “Episiotomia: Uso generalizado ...” op. cit., mostram que “Um estudo prospectivo realizado com 2144 partos eutócicos comparou uma eventual patologia perineal entre mulheres que tiveram uma episiotomia e as que tiveram lacerações espontâneas e concluiu que a incidência de infeção é significativamente maior no grupo das episiotomias (10% vs 2%). Estas doentes tiveram uma cicatrização pior, com complicações em 29% dos casos, quando comparadas com 9% nas lacerações espontâneas¹⁷. Parece assim não existir a confirmação de que uma incisão recta, contínua e limpa seja mais fácil de reparar, que cicatrize melhor que uma laceração e traga, portanto, vantagens para a puérpera.”

⁸⁸ EUROPEAN PERINATAL HEALTH REPORT, pág. 102, 2010

⁸⁹ “Inquérito Experiências de Parto em Portugal | 2ª edição”, disponível em [Microsoft Word - Experiências de Parto em Portugal_2edicao_2015-19.docx \(associacaogravidezparto.pt\)](#)

⁹⁰ “Inquérito Experiências de Parto em Portugal | 2ª edição”, pág. 23, disponível em [Microsoft Word - Experiências de Parto em Portugal_2edicao_2015-19.docx \(associacaogravidezparto.pt\)](#)

obstrução do canal de parto, embora nestes casos se entenda que a cesariana poderá ser a melhor opção⁹¹.

Concluindo, a episiotomia de rotina, praticada sem necessidade ou justificação médica, pode e deve ser considerada uma forma de MGF, subsumindo-se ao art. 144º-A do CP, na parte que prevê “qualquer outra prática lesiva do aparelho genital feminino por razões não médicas” (nº 1), recaindo a responsabilidade penal sobre o profissional de saúde que realizar a episiotomia na parturiente. Relembramos que a integridade física da mulher para efeitos do crime de MGF não é um bem disponível e, portanto, o consentimento não é relevante, não excluindo a ilicitude do ato. A exceção que expomos do parágrafo anterior não obsta à punição da episiotomia enquanto MGF, uma vez que é feita por razões médicas, deixando de ser um facto típico, e a episiotomia enquanto MGF depender sempre do procedimento ser realizado por razões não médicas.

4. A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, O CONSENTIMENTO INFORMADO E O CRIME DE INTERVENÇÕES E TRATAMENTOS MÉDICO-CIRÚRGICOS ARBITRÁRIOS

Como já referido, alguns dos atos de violência obstétrica são puníveis enquadrando os factos em tipos legais de crime já previstos. Além do crime de ofensa à integridade física, outro crime previsto no nosso CP e que assume grande relevância é o crime de intervenções médico-cirúrgicas arbitrárias, levantando-se neste seguimento a questão do consentimento.

O profissional de saúde, ao abrigo do instituto do consentimento informado, tem o dever de informar e esclarecer a grávida sobre todos os procedimentos que realizar, oferecendo-lhe, inclusive, opções, bem como tem a obrigação de respeitar as suas preferências e respeitar o plano de parto por ela apresentado^{92 93}. Note-se que um formulário geral de consentimento informado assinado não é a melhor forma de obter o consentimento informado⁹⁴, urgindo a necessidade destes serem preparados para cada serviço, para cada

⁹¹ NEGRÃO, Mia, “A Episiotomia Como Forma de Mutilação Genital Feminina ...”, op. cit., pág. 132

⁹² Cfr. arts 3º e 7º da Lei 15/2015, arts. 38º e 157º do CP e arts. 15º-D e 15º-E da Lei 110/2019

⁹³ SIMÕES, Vânia Alexandra dos Santos, “A Violência Obstétrica:...””, op. cit., pág. 21

⁹⁴ “A existência de um formulário estandardizado não atesta por si só que haja um consentimento esclarecido do paciente, entre outras razões quando o documento não é suficientemente explícito e se os termos não são compreensíveis para um leigo ou uma pessoa de nacionalidade estrangeira”. Cfr. PEREIRA, André Dias, “O consentimento informado na relação Médico-Paciente, Estudo de Direito Civil”, Coimbra Editora, 2004, pág. 117

intervenção e sempre com a possibilidade de “individualização”, adaptando-se à situação concreta⁹⁵. Continuando a utilizar-se o formulário de consentimento informado geral e igual para todas as parturientes, há o risco de este se tornar num mero formalismo burocrático⁹⁶. O consentimento informado tem de ser sempre livre e esclarecido, visando precisamente o esclarecimento total para que a mulher consiga exercer de forma plena o seu direito à autodeterminação, tomando a decisão em liberdade. Logo, sem consentimento informado não haverá condições para ser exercido o seu direito de autodeterminação sobre os procedimentos que realizarão no seu corpo e, por isso, qualquer intervenção médica feita constituirá crime, nos termos do art. 156º do CP.

A verdade é que a maioria das intervenções no processo do parto são desnecessárias e geram necessidade de outras intervenções, muitas delas realizadas rotineiramente, sem qualquer evidência científica (como vimos na prática da episiotomia) e até sem consentimento informado. O *shadow report* da CEDAW⁹⁷ mostra que muitas mulheres afirmam não ter sequer recebido informação para decidirem sobre qualquer procedimento no parto. A informação é fundamental para o consentimento informado, tendo os profissionais de saúde a obrigação de dar informações às grávidas, oferecerem opções e esclarecem todas essas opções bem como todas as dúvidas que surgirem para que as grávidas tenham a capacidade de tomar as suas decisões fundamentadas em informações credíveis e científicas⁹⁸.

Contudo, acontece frequentemente em contexto hospitalar os profissionais de saúde não fornecerem essa informação e muito menos opções à parturiente. Quando não são dadas opções e, ainda, é dado um muito curto espaço de tempo para que a grávida possa decidir-se e autodeterminar-se com base na informação que é providenciada, sem esclarecimentos adicionais, não podemos considerar que tenha existido consentimento informado⁹⁹. A tudo

⁹⁵ Consentimento Informado - Relatório Final, Entidade Reguladora da Saúde, Maio de 2009, pág. 37
No mesmo Relatório afirma-se que “A transformação da prática do consentimento informado num mero formalismo burocrático, para além de não respeitar as leis, dá aos médicos uma falsa sensação de cumprimento da sua obrigação. No dia em que forem acusados de não terem praticado o consentimento informado, poderão ter a “surpresa” de ver um juiz afirmar que o “formulário” não exprimiu uma vontade informada do doente”.

⁹⁶ *Ibid*

⁹⁷ Disponível em [convencao Eliminacao todas formas discriminacao contra mulheres.pdf \(ministeriopublico.pt\)](http://convencao Eliminacao todas formas discriminacao contra mulheres.pdf (ministeriopublico.pt))

⁹⁸ NEGRÃO, Mia, e-book “Violência obstétrica...”, op. cit., pág. 27 e ss.

⁹⁹ SIMÕES, Vânia Alexandra dos Santos, “A Violência Obstétrica:...” , op. cit., pág. 21

isto acresce que não raras vezes nesse curto espaço de tempo a grávida está sujeita a pressões por parte dos profissionais de saúde. E ainda que eventualmente forneçam, como a mulher no momento do parto se encontra num estado vulnerável, mais facilmente poderá ser convencida a aceitar algum procedimento com a justificação de que a sua vida ou a vida do seu filho está em risco, sem haver certezas de que será realmente imprescindível¹⁰⁰.

O que melhor ilustra esta situação é a designada “carta do bebé morto”, já mencionada, que tem lugar quando é necessário tomar alguma decisão e a grávida se mostra reticente em aceitar a opção dada pela equipa médica. Estes pressionam a grávida a aceitar essa intervenção sob pena de o bebé morrer por a mulher não aceitar a realização dessa intervenção. Ou seja, a mulher é conduzida a tomar uma decisão contra a sua vontade por, além de não lhe serem dadas mais opções, a responsabilizarem pela alegada consequência daquela recusa¹⁰¹. Um outro exemplo paradigmático na obstetrícia em Portugal é a realização da episiotomia que é cada vez mais utilizada rotineiramente, apesar de todas as indicações e recomendações que apontam precisamente no caminho contrário. Por um lado, e apesar do dito, esta pode ser punida também ela sendo enquadrada no crime de intervenções médico-cirúrgicas arbitrárias, uma vez que a grande maioria das vezes é praticada sem consentimento da mulher.

O art. 156º do CP tutela as vítimas destas intervenções feitas sem consentimento do paciente, a parturiente neste caso concreto. Nele se prevê que se os médicos ou outras pessoas legalmente autorizadas realizarem intervenções ou tratamento sem consentimento são punidos com pena de prisão. Mais se prevê que se o agente representar falsamente os pressupostos do consentimento, por negligência grosseira, é punido com pena de prisão ou pena de multa.

Quando os profissionais de saúde alegam que obtiveram o consentimento da parturiente, referindo-se ao formulário de consentimento informado assinado pela parturiente este poderá não ser válido¹⁰². Para que não se esteja perante um crime de intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários, o médico tem de cumprir integralmente a sua obrigação de informar a mulher para que esta possa prestar o seu

¹⁰⁰ NAZÁRIO, Larissa e HAMMARSTRON, Fátima Fagundes Barasuol em “Os Direitos da Parturiente...”, op. cit.

¹⁰¹ NEGRÃO, Mia, e-book “Violência obstétrica...”, op. cit., pág. 28 e ss.

¹⁰² Consentimento Informado..., op. cit., págs. 36 e 37

consentimento, livre e esclarecido¹⁰³. Aqui o dever que recai sobre o profissional de saúde torna-se ainda mais importante, uma vez que, reforçamos, estes formulários são gerais e abstratos¹⁰⁴, não sendo pensados para um determinado serviço, e muito menos para uma determinada intervenção que terá de ser realizada naquela determinada pessoa (embora o devessem ser)¹⁰⁵, não garantindo, de todo, o consentimento informado da mulher nem um consentimento esclarecido. É importante que o profissional de saúde transmita tudo em termos exatos à parturiente para que ela possa validamente consentir. Assim, informar a parturiente não é apenas informar que vai realizar determinado procedimento, tendo ainda de informar e esclarecer a parturiente sobre o objetivo da intervenção, responder a todas as questões que esta fizer de forma fundamentada e dar-lhe opções, bem como dar-lhe o tempo necessário para que esta possa tomar a sua decisão de forma livre e consciente¹⁰⁶.

Ainda, nos termos do art. 38º da Convenção de Istambul, o consentimento deverá sempre ser dado voluntariamente, por vontade livre da pessoa, sendo que esse consentimento dado pela mulher deve ser avaliado no contexto das circunstâncias envolventes. Aqui levanta-se uma outra questão. No momento em que a grávida dá, eventualmente, o seu consentimento para a realização de um qualquer procedimento, encontra-se num estado de muita vulnerabilidade e fragilidade. Além disso, muita das vezes é abordada pelos profissionais de saúde de uma forma agressiva e sem compreensão alguma pelo seu estado. Podemos, por isso, questionar: a existir consentimento nestas circunstâncias será ele válido?

Uma outra problemática será a prática de um ato de violência obstétrica em que o profissional de saúde alegue tê-lo praticado com base no direito de necessidade, previsto no art. 34º do CP. Nesta disposição legal prevê-se que não é ilícito o facto praticado como meio adequado para afastar o perigo que ameace interesses juridicamente protegidos do agente ou de terceiros, sendo que o bem juridicamente protegidos terá de estar objetivamente em

¹⁰³ Neste sentido, André Dias Pereira em “Direitos dos Pacientes e Responsabilidade Médica”, Dissertação de Doutoramento em Ciência Jurídico-Civilísticas, pág. 468: “É hoje reconhecido que a informação escrita pode ajudar o diálogo, mas nunca o substitui. Não devemos, pois, seguir o caminho norte-americano de exigir a assinatura de um formulário para qualquer intervenção médica. A utilização do formulário pode ser um momento de pausa, de atenção; contudo vem-se observando que é mais um expediente médico com o fim de aligeirar a sua obrigação de esclarecer para o consentimento” acrescentando que “Os prestadores de cuidados de saúde podem ser acusados de usarem estes documentos como forma de se libertarem do fardo da prova da obtenção de um consentimento informado”.

¹⁰⁴ *Ibid* onde se conclui que “Acresce, evidentemente, que documentos preparados para múltiplos utentes, não estão pensados para o caso concreto”

¹⁰⁵ Consentimento Informado..., op. cit., págs. 36 e 37

¹⁰⁶ PEREIRA, André Dias, “Direitos dos Pacientes...”, op. cit., pág. 472

perigo, acrescentando que a situação nunca poderá ser criada voluntariamente e intencionalmente pelo agente¹⁰⁷. Ora, como já concluímos, haverá situações que nunca serão criadas voluntariamente pelo agente, como é o caso de sofrimento fetal ou da própria parturiente. Quanto aos restantes pressupostos podemos perceber que “facilmente” se encontrem preenchidos. Nomeadamente, num contexto em que o bebé esteja em perigo e se pratique algum tipo de ato para o salvar. No entanto, quem será a vítima, por ser esta que sofre o dano, será a mulher. A norma penal abrange a justificação da prática do ato para proteção de um interesse de um terceiro, bem como no caso em que se mostra razoável impor à lesada o sacrifício atendendo ao valor do interesse ameaçado. Assim se compreende que se estiver em causa salvar a vida do recém nascido, poderá considerar-se razoável fazer essa imposição à progenitora para salvaguarda da vida do feto, o terceiro. O mesmo para a hipótese contrária, isto é, em que algum ato seja praticado atingindo o bebé para salvar a sua mãe. Apesar de ser requisito que só tem lugar o direito de necessidade “se existir uma sensível superioridade do interesse a salvaguardar relativamente ao interesse significado”, sempre será aplicável, visto estar em confronto, eventualmente, a vida e uma ofensa à integridade física¹⁰⁸. Aqui será insignificante a questão do consentimento, uma vez que, estando cumpridos todos estes requisitos, o facto é justificado ao abrigo do direito de necessidade. Uma última questão que colocamos é: nesta situação quem é a vítima? Será a pessoa que sofreu a intervenção? Ou o terceiro cujo interesse é salvaguardado? Defendemos que a vítima será quem sofreu a intervenção e, conseqüentemente, o dano sendo que é a esta que é imposta o sacrifício e é esta que sofre diretamente os danos que resultem daquele facto.

Sem prejuízo da verificação da situação anteriormente descrita, vários atos de violência obstétrica poderão, assim, ter tutela penal por via do art. 156º, estando em causa procedimentos médicos realizados sem consentimento livre, esclarecido e informado. Ainda, estes sempre serão atos praticados pelas pessoas indicadas no art. 150º do CP (médicos ou outras pessoas legalmente autorizadas)¹⁰⁹, cumprindo também esse requisito exigido pela norma.

¹⁰⁷ FIGUEIREDO DIAS, Jorge de, “Direito Penal – Parte Geral Tomo I, ...”, op. cit., págs. 441 e ss.

¹⁰⁸ FIGUEIREDO DIAS, Jorge de, “Direito Penal – Parte Geral Tomo I, ...”, op. cit. pág. 450, onde se lê que “a vida é um bem jurídico de valor incomparável e insubstituível, que ocupa um primeiro e indisputável lugar (...) na hierarquia dos bens jurídicos” e, portanto, todos os restantes “cederam” perante este.

¹⁰⁹ Capítulo II, ponto 1.

CAPÍTULO III

1. PROJETO DE LEI N.º 912/XIV/2.ª: REFORÇA A PROTEÇÃO DAS MULHERES NA GRAVIDEZ E PARTO ATRAVÉS DA CRIMINALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA¹¹⁰

APRESENTADO À ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA PELA (EX)DEPUTADA CRISTINA RODRIGUES

Apesar dos avanços legislativos feitos, muitos dos direitos expressamente consagrados na nossa legislação são continuamente desrespeitados, sendo ainda desrespeitadas as recomendações emitidas pela OMS. Mostra-se, por isso, necessária uma melhor e mais eficaz atuação por parte do Estado que acautele a prática de violência obstétrica nos hospitais portugueses e que tutele e proteja os direitos das suas vítimas.

Com esse objetivo, a (ex)deputada não inscrita Cristina Rodrigues apresentou à Assembleia da República, a 14 julho de 2021, o Projeto de Lei n.º 912/XIV/2ª, que pretendia reforçar a proteção das mulheres na gravidez e no parto, fazendo-o através da defesa da criminalização da violência obstétrica, pretendendo, com a sua aprovação, contribuir para a erradicação da violência contra as mulheres e reforçar os direitos das mulheres na gravidez e parto¹¹¹.

Começa por referir que “nos últimos anos, temos assistido a um aumento das denúncias de mulheres que, durante a gravidez, trabalho de parto, parto ou puerpério, foram sujeitas a actos de violência física ou psicológica”¹¹². Cristina Rodrigues faz menção a diversos diplomas de organizações internacionais, alguns dos quais já acima mencionámos, demonstrando a existência de uma preocupação cada vez mais evidente sobre esta temática, sendo este também um sinal do compromisso que se assume no combate a esta forma de violência contra a mulher. E esta preocupação crescente deve-se em muito ao aumento de denúncias.

Sendo que estão em causas situações de enorme gravidade e censurabilidade, apesar de o legislador nacional já ter dado um primeiro passo para que se consiga erradicar a

¹¹⁰ Disponível em [DetalheIniciativa \(parlamento.pt\)](https://www.parlamento.pt/DetailIniciativa)

¹¹¹ Projeto de Lei n.º 912/XIV/2ª ..., op. cit., pág. 15

¹¹² *Ibid*, pág. 2

violência obstétrica no nosso país com a Lei nº 110/2019, de 9 de setembro, a Lei nº 15/2014, de 21 de março, bem como com a resolução da Assembleia da República nº 181/2021, mostra-se necessário um maior esforço e compromisso. Nomeadamente, a criminalização desta prática. E é certo que as vítimas poderão sempre apresentar queixa enquadrando a prática dos atos praticados contra elas em crimes já tipificados no CP. Mas é também verdade que a violência obstétrica, pelas suas especificidades, deverá ser autonomizada enquanto crime autónomo, não estando dependente nem se confundindo com outras previsões legais já existentes¹¹³. Ou, pelo menos, importa equacionar tal possibilidade.

Menciona ainda a Declaração da OMS “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”, na parte em que se destaca que as pesquisas que têm sido feitas para perceber as experiências vivenciadas pelas mulheres não só durante o parto como durante a gravidez demonstram “um quadro perturbador” em que muitas das mulheres estão sujeitas a abusos verbais, maus-tratos físicos e são vítimas de atos negligentes e de alvo de procedimentos médicos realizados sem consentimento ou com consentimento obtido de forma coerciva, durante esta fase especialmente vulnerável das suas vidas. Defende também a OMS que a prática destes atos consubstanciam uma violação dos Direitos Humanos fundamentais, posição que concordamos.

Cristina Rodrigues, citando Vânia Simões¹¹⁴, defende que a legislação existente se mostra insuficiente para a tutela integral dos direitos das parturientes¹¹⁵, mencionando, e bem, o exemplo de um caso de violência obstétrica psíquica que não encontra qualquer previsão legal que tutele a parturiente, havendo nestes casos a impunidade dos agentes. Conclui pela necessidade da regulamentação desta forma de violência para se conseguir uma tutela integral de todos os direitos que poderão ser violados.

Assim, reclama neste PL a criminalização da violência obstétrica, esclarecendo que a prática de violência obstétrica se reconduz aos “casos em que a mulher seja sujeita, durante o trabalho de parto, parto ou puerpério, a violência física ou psicológica, que lhe cause dor, dano ou sofrimento desnecessário ou limite o seu poder de escolha e decisão”.¹¹⁶

¹¹³ *Ibid*, pág. 11

¹¹⁴ Em “A Violência Obstétrica:...”, op. cit.

¹¹⁵ Projeto de Lei nº 912/XIV/2ª ..., op. cit., págs. 12 e 13

¹¹⁶ *Ibid*, pág. 14

Na demanda de colmatar falhas do nosso sistema legislativo no que diz respeito à violência obstétrica, um outro ponto reclamado é a alteração da Lei nº 15/2014, de 21 de março, com o objetivo incluir na legislação portuguesa um definição uniformizada de violência obstétrica e tipificar as condutas que se incluem nesse conceito. Propõe o acréscimo de um nº 4 no art. 15º-A desta Lei, que teria o seguinte conteúdo: “Considera-se violência obstétrica qualquer conduta direcionada à mulher durante o trabalho de parto, parto ou puerpério, praticada sem o seu consentimento, que consubstanciando um acto de violência física ou psicológica, lhe cause dor, dano ou sofrimento desnecessário ou limite o seu poder de escolha ou decisão”. Na nossa opinião que esta seria uma alteração bastante relevante, uniformizando em todo o nosso ordenamento jurídico o conceito de violência obstétrica, não deixando lugar para interpretações ambíguas.

A (ex)deputada Cristina Rodrigues defende que os bens tutelados no âmbito da violência obstétrica serão a integridade física e os direitos sexuais e reprodutivos da mulher, o que, como resulta do já discutido, concordamos. Por este motivo, para Cristina Rodrigues, este deveria ser um crime enquadrado enquanto crime contra a liberdade sexual. Aqui não concordaremos, ou, pelo menos, não o fazemos sem reservas. Os atos de violência obstétrica afetam, e significativamente, os direitos sexuais e reprodutivos da mulher. Mas também atingem de forma relevante, a integridade física da parturiente, como vimos. Acresce que algumas vezes os atos lesivos dos direitos sexuais e reprodutores da mulher são consequência dos atos lesivos à sua integridade física. Por exemplo, a realização do “ponto do marido”, que afeta a sexualidade da mulher, e, conseqüentemente, os seus direitos sexuais e reprodutivos, é realizado na sequência da realização da episiotomia. Assim questionamos se, ao invés de integrado nos crimes contra a liberdade sexual, não será mais oportuno ser enquadrado nos crimes contra a ofensa à integridade física, tendo a sua génese num bem jurídico específico, por em causa estar um bem jurídico multidirecional, sendo, na nossa opinião, a integridade física da mulher grávida, da parturiente e da puérpera, o bem jurídico predominante.

No PL é proposta uma alteração ao CP “prevendo que as intervenções levadas a cabo por médico ou por outra pessoa legalmente autorizada que resultem na mutilação genital de pessoa do sexo feminino, em violação das *leges artis* e criando, desse modo, um perigo para a vida ou perigo de grave ofensa para o corpo ou para a saúde, são punidas com pena de prisão até 2 anos ou com pena de multa até 240 dias. O enquadramento e a moldura

penal aplicável a estes casos resulta do paralelismo entre este crime e o das intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos, previsto no art. 150º do CP. Estabelecemos, igualmente, que a utilização de episiotomia nos casos em que não existe justificação médica para a sua prática constitui crime de MGF, previsto e punido nos termos do art. 144.º-A do CP.”¹¹⁷.

O Colégio da Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia emitiu um parecer¹¹⁸ onde se pronunciou sobre este Projeto Lei 912/XIV/2ª. Começa-se por afirmar que o termo violência obstétrica não é um termo apropriado para um país como Portugal, não se adequando à realidade que se vive no nosso país. Rejeitam completamente a existência e a prática de violência obstétrica nas instituições de saúde. No ponto 4 do parecer o Colégio afirma condenar qualquer prática médica que não sejam práticas justificadas por evidências científicas. Contudo, como sabemos, são praticados, ainda assim, atos médicos desaconselhados pelos especialistas, como as recomendações emitidas pela OMS, bem como atos relativamente aos quais nunca foram apresentadas quaisquer evidências científicas que apontem benefícios da sua realização. Exemplos paradigmáticos do que acabou de se dizer são, mais uma vez, a realização da episiotomia de rotina e da manobra de Kristeller, procedimentos que não são recomendados pela OMS por puderem acarretar complicações e que, portanto, não existem qualquer evidência de trazerem qualquer tipo de consequência positiva para a mulher.

Determinados procedimentos médicos são feitos apenas com o objetivo de acelerar o trabalho de parto e o momento expulsivo, sendo os médicos obstetras a controlar o parto¹¹⁹ ¹²⁰. Aqui mostramos alguma compreensão uma vez que cada vez mais surgem dificuldades em assegurar os serviços de urgência de Ginecologia e de Obstetrícia, tendo nos últimos meses assistidos ao encerramento de imensos serviços de urgência de Obstetrícia por todo o país. Embora compreendamos, não podemos perceber e admitir que as vítimas desta situação sejam as mulheres que já se encontram numa posição tão fragilizada. Não pode esta situação ser justificação para a prática de tais atos.

¹¹⁷ *Ibid*, pág. 15

¹¹⁸ Disponível em <https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Parecer-Projeto-Lei-912XIV-2.pdf>

¹¹⁹ NEGRÃO, Mia, e-book “Violência obstétrica...”, op. cit. pág. 21

¹²⁰ Neste sentido, “Violência Obstétrica – Parirás com Dor” elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres”, págs. 96 e ss., e “Violência no Parto em Minas Gerais:...”, op. cit., págs. 13 e ss.

Subscrevendo o parecer do Colégio da Especialidade de Ginecologia/Obstetrícia, e, por isso, também rejeitando o termo violência obstétrica, a Ordem dos Médicos, no mesmo documento, acrescenta ainda que refuta a proposta de definição legal de violência obstétrica bem como diz não fazer sentido a criminalização de tais práticas.

Não podemos entender tal posição tendo em atenção tudo o que resulta do já exposto e sabendo que o bem jurídico tutelado tem toda a dignidade penal mostrando-se totalmente pertinente haver uma maior tutela, olhando às especificidades desta prática e dos direitos da mulheres que são neste processo violados.

Cristina Rodrigues apresenta no PL, para “contribuir para a erradicação de todas as formas de violência contra as mulheres, para o reforço dos direitos das mulheres na gravidez e parto e para a construção de uma sociedade mais igualitária”, as seguintes alterações ao nosso sistema legislativo: a alteração do art. 144º-A do CP de forma a ser abrangida, de forma clara, a prática da episiotomia de rotina e o aditamento de um art. que preveja e tutele de forma autónoma a violência obstétrica, que seria o art. 166º-A do CP. A estas alterações acresce a já citada ao art. 15º-A da Lei nº 15/2014, de 21 de março, introduzindo na nossa legislação uma definição uniformizada do conceito de violência obstétrica.

2. O ANTEPROJETO DE LEI DO BLOCO DE ESQUERDA¹²¹

Também em 2021, o Bloco de Esquerda apresentou um anteprojeto de lei que visava a erradicação da violência obstétrica.

É apontado neste anteprojeto o facto pertinente de a violência obstétrica ser uma prática em que as vítimas (as mulheres) muitas das vezes não identificam sequer como uma violação dos seus direitos¹²², por este ser uma realidade tão ignorada e tão tabu no nosso país. São apontados como procedimentos recorrentes no parto das mulheres o isolamento, a prática de atos médicos sem consentimento informado, os abusos físicos, psicológicos e

¹²¹ Anteprojeto de Lei: Promove a erradicação da violência obstétrica, apresentado pelo partido Bloco de Esquerda, novembro de 2021. Disponível em [anteprojeto_de_lei_-_violencia_obstetrica.pdf \(esquerda.net\)](#)

¹²² *Ibid*, pág. 1

verbais, a negação de anestesia, de acompanhamento e o desrespeito pelas escolhas da mulher¹²³.

A aprovação da Lei nº 110/2019, de 9 de setembro é referida como um progresso na área da violência obstétrica, estando consagrada uma revisão legislativa da matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde, estabelecendo os princípios, direitos e deveres aplicáveis nomeadamente no âmbito da proteção na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério. Contudo, mesmo com a aprovação desta lei, existe um longo caminho a ser feito para que exista uma mudança efetiva no nosso sistema legislativo para que se consiga combater realmente a violência obstétrica.

Um outro avanço foi a aprovação da Resolução da Assembleia da República nº 181/2021, que recomenda especificamente ao Governo que empenhe esforços para a eliminação de práticas de violência obstétrica como a manobra de Kristeller, a episiotomia de rotina e o estreitamento vaginal no contexto da episiotomia (o “ponto do marido”).

É realçada a taxa de episiotomias realizadas em Portugal e a falta de informações e esclarecimentos dados às parturientes¹²⁴. Apesar da frequência com que é praticada, realça-se o facto da taxa de episiotomias realizadas (apontada no anteprojeto legislativo, aquela data, na ordem dos 25% em partos vaginais e 63% em partos instrumentos, de acordo com dados do Consórcio Português de Dados Obstétricos) ser inferior à apresentada anteriormente, em termos estatísticos. Reconhece-se, assim, o esforço de atualização de profissionais de saúde.

A necessidade de combater a violência obstétrica é também defendida por instituições internacionais. Destaca-se aqui o relatório A/74/137 apresentado à Assembleia da ONU¹²⁵, que recomenda aos Estado a promoção do consentimento informado, questão que se mostra muito relevante nesta área, e a prevenção da violência obstétrica através de “monitorização dos serviços de saúde, da recolha e publicação anual de dados sobre a percentagem de cesarianas, partos vaginais e episiotomias e outros tratamentos relacionados ao parto, cuidados obstétricos e serviços de saúde reprodutiva, da aplicação dos padrões da OMS relacionadas a cuidados de maternidade respeitosos, cuidados durante o parto e

¹²³ *Ibid*

¹²⁴ *Ibid*, págs. 1 e 2

¹²⁵ Disponível 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/development/desa/pd/datastore/indicators/a-human-rights-based-approach-to-mistreatment-and-violence-against-women-in-reproductive-health-services-with-a-focus-on-childbirth-and-obstetric-violence)

violência contra mulheres”. Defendemos que a implementação de tais medidas seriam bastante benéficas, uma vez que permitiria ter uma maior noção da realidade que se vive nas instituições de saúde, bem como daria mais abertura para as mulheres falarem sobre as suas experiências.

Fundamenta-se, ainda, este projeto legislativo na Resolução 2306 (2019) da Assembleia da Parlamentar do Conselho da Europa sobre Violência Obstétrica e Ginecológica, que incentiva os Ministérios responsáveis pela área da Saúde e pela Igualdade a promoverem a recolha de dados sobre os procedimentos médicos durante o parto e sobre casos de violência obstétrica, na Resolução do Parlamento Europeu P9_TA(2020)0328, que assume o aumento de denúncia de casos de violência obstétrica em diversos Estados Membros, e na Resolução do Parlamento Europeu P9_TA(2021)0388, que dispõe que a violação de direitos sexuais e reprodutivos, nomeadamente em consequência da prática de violência obstétrica, constituem uma forma de violência com base no género e representam um obstáculo à igualdade de género¹²⁶.

Tendo por base todos estes factos, é apresentado este projeto legislativo que promove o combate da violência obstétrica de forma a colmatar as lacunas existentes na legislação vigente. Um dos pontos que destacamos é a apresentação de uma definição legal de violência obstétrica. Define-se violência obstétrica no art. 2º PL como “a ação física e verbal exercida pelo pessoal de saúde sobre o corpo e os processos reprodutivos das mulheres ou de outras pessoas gestantes, que se expressa num tratamento desumanizado, num abuso da medicalização e na patologização dos processos naturais, desrespeitando o regime de proteção na preconceção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério previsto na secção II da Lei n.º 15/2014, de 21 de Março, na sua redação atual”. Avança também com a apresentação de várias outras medidas, das quais destacamos, pela sua relevância, a formação de profissionais de saúde que inclua conteúdos que assegurem o respeito pela autonomia sexual e reprodutiva e dissuadindo-se estes profissionais da prática de atos de violência obstétrica (art. 4º), o respeito pelo plano de nascimento, com a alteração do art. 15º-E da Lei nº15/2014, incluindo um novo nº 8 que prevê que os desvios deverão ser obrigatoriamente justificados pelos profissionais de saúde, e é proposto, também, um aditamento à mesma Lei, de um art. 18º-A que preveria que todas

¹²⁶ Anteprojeto de Lei: ..., op. cit., pág. 3

as instituições de saúde teriam obrigatoriamente de afixar cartazes com informações sobre o regime na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério, sendo que teriam de incluir obrigatoriamente informação que quais as entidades a que a mulher se poderia dirigir para denunciar uma situação de violência obstétrica (arts. 5º e 6º) e a aplicação de sanções aquando a prática de procedimentos não justificados e declarados inadequados ou potencialmente prejudiciais por organizações internacionais, nomeadamente pela DGS e pela OMS, com ênfase para a prática da episiotomia de rotina (arts. 7º e 8º).

Embora na sua totalidade este PL extravase o tema que aqui tratamos, estas parecem-nos medidas que ajudariam a combater de facto este fenómeno. Promovendo informação e dando às grávidas e parturiente noção dos seus direitos e de como atuar para os tutelar no caso de serem violados seria já um bom avanço para estas terem noção de quando estão a ser vítimas, visto que, como anteriormente dito, muitas não se apercebem que o estão a ser ou só têm essa perceção mais tarde. Bem como a mudança na formação dada aos profissionais de saúde promoverá um grande avanço na eliminação de determinados atos de violência obstétrica que são realizados por serem procedimentos protocolados e por ser, muitas vezes, a forma como foram formados, nem sempre sendo fácil para estes profissionais quebrar o ciclo. Somos também da opinião que a criação de uma Comissão Nacional para os Direitos na Gravidez e no Parto (proposta no seu art. 9º) poderá também ser uma mais valia, nomeadamente no que diz respeito a obter de forma mais regular dados que sejam oficiais sobre as experiências relativas ao acompanhamento feito na gravidez bem como das experiências de parto das mulheres.

3. A CRIMINALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM PORTUGAL

Chegados a este ponto importa perceber então os termos em que será viável a criminalização da violência obstétrica no nosso ordenamento jurídico e qual a importância que isso terá.

Atualmente, a tutela que têm as vítimas de violência obstétrica é, maioria das vezes, pela via civil¹²⁷. Em termos de responsabilidade civil, em Portugal, os profissionais de saúde podem ser responsabilizados por danos físicos ou psicológicos causados durante a gravidez,

¹²⁷ SIMÕES, Vânia Alexandra dos Santos, “A Violência Obstétrica:...”, op. cit., pág. 26

no parto bem como no pós parto decorrentes da violação das obrigações e deveres que decorrem da sua posição profissional que se traduzirão num erro médico. Para este efeito, as vítimas das ações de responsabilidade civil serão ou as mães ou os bebés, tendo de existir sempre uma relação da causalidade entre a conduta profissional e a culpa ou negligência do profissional de saúde e o dano. E, ainda assim, raras vezes estes casos seguem para a via judicial¹²⁸.

O único país que criminalizou já a violência obstétrica foi a Venezuela, sendo também o país pioneiro na definição do conceito, mostrando que há ainda um longo caminho a percorrer no que a esta temática diz respeito. Como nos diz Vânia Simões, “a ausência de reconhecimento jurídico/legal do fenómeno, da sua conceptualização e a normalização da violência contra as mulheres, tem contribuído para invisibilidade da violência obstétrica nos tribunais, que tem estado ausente no debate jurisprudencial português”¹²⁹.

Subscrevemos Cristina Rodrigues quando afirma no PL apresentado que “consideramos que o facto de não existir uma previsão legal expressa, pode levar as mulheres a não denunciarem estes casos por pensarem que as condutas de que foram vítimas não são susceptíveis de configurar um crime e, por outro lado, não se verifica o juízo de censurabilidade necessário para esta prática em específico”. Acrescenta, bem, que “a violência obstétrica tem particularidades que justificam a sua autonomização enquanto crime, não se confundindo com outras previsões legais”.¹³⁰ De facto, pelos direitos que são violados e pelas consequências dos atos de violência obstétrica que são frequentemente praticados, percebemos que estão em causa situações de enorme gravidade e censurabilidade.

A criminalização da violência obstétrica mostra-se essencial para garantirmos a proteção dos direitos das mulheres, reforçando o Estado o seu compromisso em respeitar (e

¹²⁸ SIMÕES, Vânia Alexandra dos Santos, “A Violência Obstétrica:...”, op. cit., págs. 25 e ss., onde se salienta que “Em Portugal, ainda é fraca a expressão de responsabilização dos/das obstetras, sendo ainda de salientar, o baixo valor indemnizatório nestes casos” e acrescenta ainda que “É ainda de salientar a fraca expressão de responsabilização dos médicos no âmbito da obstetrícia. Cremos 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 parturientes após saírem irreversivelmente lesadas por condutas dos médicos, não lograram a responsabilização dos mesmos”

¹²⁹ SIMÕES, Vânia, “Violência Obstétrica – tendências legislativas em Portugal” in Observatório Almedina, disponível em <https://observatorio.almedina.net/index.php/2022/03/14/violencia-obstetrica-tendencias-legislativas-em-portugal/>

¹³⁰ Disponível em [doc.pdf \(parlamento.pt\)](#), pág. 11

fazer respeitar) o direito da mulher a uma experiência de parto digna e livre de qualquer violência, em conformidade com todos os esforços legislativos que têm sido feitos. Ainda, como sabemos, a ameaça de sanções penais, servindo como uma medida dissuasiva desta prática, tem mais força no desencorajamento dos profissionais de saúde do que a ameaça de uma sanção cível, assim como o reconhecimento e criminalização da violência obstétrica terá como consequência o reconhecimento dos danos físicos e psicológicos pelo sistema jurídico, alertando e, ao mesmo tempo, consciencializando toda a sociedade para a gravidade da prática de violência obstétrica e os profissionais de saúde relativamente a determinados procedimentos¹³¹. Como fomos vendo, a recente legislação nacional e a legislação existente a nível internacional dá-nos fundamentos para esta mudança legislativa. E esta mudança legislativa, introduzindo no nosso ordenamento jurídico o crime de violência obstétrica no CP far-se-ia também em cumprimento da Convenção de Istambul que prevê, no n.º 2 do seu art. 5.º, a adoção por parte das Partes de “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”, nomeadamente, atos de violência contra as mulheres, não se podendo excluir deste âmbito a violência obstétrica. Como já defendemos, será um crime punível a título de negligência, por maioria de razão, por ser praticado por profissionais de saúde e acreditarmos que estes agirão maioritariamente sem intenção dolosa de prejudicar a saúde, quer física, quer mental, das parturientes.

Além desta questão, importa discutir se esta deverá ser criminalizada enquanto crime autónomo ou como uma forma agravada de um tipo de crime legal já tipificado no CP, sem prejuízo da possibilidade que sempre existirá de se poder gerar responsabilidade civil, tendo a vítima direito a uma indemnização cível, nos termos do art. 77.º do CPP. Inclusive, até nesse aspeto, se mostra favorável a criminalização da violência obstétrica, tendo em conta que se for reconhecida a responsabilidade penal do agente, em reflexo, reconhecesse-se a sua responsabilidade civil¹³².

Apesar de diversos atos que consubstanciam violência obstétrica puderem encontrar tutela enquadrando-se em tipos de crimes legais tipificados, a verdade é que no “direito penal médico” não encontramos disposições que tutelem a violência sexual e a violência

¹³¹ Neste sentido, Vânia Alexandra dos Santos Simões, na sua obra “A Violência Obstétrica:...”, op. cit., pág. 33

¹³² Vânia Alexandra dos Santos Simões, na sua obra “A Violência Obstétrica:...”, op. cit., pág. 33

psicológica exercida pelos profissionais de saúde, acabando por só se conseguir tutelar, desta forma, a integridade física das parturientes¹³³. Importa referir que, ainda assim, nos termos do art.144º, al. b) do CP, é tutelada a integridade física, estando em causa a fruição sexual, podendo, por isso, alguns atos serem punidos como ofensa à integridade física grave.

A proposta feita por Cristina Rodrigues no seu Projeto de Lei n.º 912/XIV/2.^a, anteriormente analisado, apresenta-se como um bom ponto de partida para a criminalização da violência obstétrica enquanto crime autónomo;

“1 - Quem, sujeitar mulher, durante o trabalho de parto, parto ou puerpério, a violência física ou psicológica, que lhe cause dor, dano ou sofrimento desnecessário ou limite o seu poder de escolha e de decisão, é punido com pena de prisão até 1 ano ou com pena de multa.

2 - O procedimento criminal depende de queixa.

3 - A pena é agravada de um terço, nos seus limites mínimo e máximo, se o crime for praticado:

a) Na presença de feto morto ou de interrupção da gravidez;

b) Contra pessoas nos extremos da idade reprodutiva;

c) Contra mãe, nascituro ou criança com deficiência;

d) Contra vítimas de violência doméstica, de abuso sexual, de práticas nefastas ou tráfico de seres humanos;

e) Contra pessoas que vivam em situação de pobreza extrema, designadamente em situações de rendimentos abaixo do limiar da pobreza ou baixos níveis de literacia;

f) Contra pessoas migrantes e refugiadas.”

Acrescentaríamos, como temos vindo a defender, a previsão neste artigo de que seria punido quem causar danos à integridade física não só da mulher mas também do bebé, mas subscrevendo a necessidade de queixa no que diz respeito ao procedimento criminal, tendo em conta as circunstâncias e as especificidades do crime.

¹³³ *Ibid*, pág. 29 e Projeto de Lei n.º 912/XIV/2.^a: ..., op. cit., pág. 12

Acreditamos que por estar em causa um bem jurídico complexo e multidirecional esta seria a melhor opção. Isto porque não está em causa apenas a integridade física da mulher e do bebé, mas também a saúde reprodutora e sexual da mulher e a sua saúde mental.

Contudo, entendemos, também, que esta se mostre como uma grande alteração legislativa e, por isso, parece-nos adequado que se defenda, enquanto medida transitória, que, ao invés de ser tipificada enquanto crime autónomo, a violência obstétrica seja tutelada através de um aditamento na disposição legal que prevê o crime de ofensa à integridade física grave. Defendemos que deveria, neste cenário, ser incluída na norma legal prevista no art. 144º do CP, aditando-se uma nova alínea que tutelasse na totalidade a prática de violência obstétrica sobre a mulher. Com isto queremos dizer que, além da lesão/ofensa à integridade física, isto é, as ofensas ao corpo e à saúde da mulher, como já se prevê, teriam de estar abrangidas nesta forma específica de ofensa à integridade física grave ainda a violência sexual e a violência psicológica que também é exercida, bem assim como a previsão de o bebé poder ver também a sua integridade física violada.

Outra questão a atentar é que perante a Lei portuguesa, especialmente na legislação penal, a grávida é considerada como pessoa indefesa e frágil, merecendo por isso uma maior proteção a nível legislativo¹³⁴. Também no art. 46º da Convenção de Istambul, é previsto como circunstância agravante a infração ser cometida contra pessoa tornada vulnerável em virtude de circunstância particulares (al. c.), em que se enquadra a condição de estar grávida, e o facto da infração ser cometida por duas ou mais pessoas (al. e.), podendo estar em causa infrações cometidas por equipas médicas, que resulte em danos físicos ou psicológicos para a vítima (al. h.).

O tipo de crime de violência obstétrica terá sempre de abranger os maus tratos físicos, os maus tratos psíquicos e os tratamentos suscetíveis de colocar em perigo a vida e/ou a saúde da pessoa que se encontra particularmente indefesa e fragilizada¹³⁵. Poderá, então, ser um crime de resultado como um crime de mera conduta. Defendemos que deverá ser um crime de mera conduta/de perigo e não um crime de dano, bastando a mera

¹³⁴ SIMÕES, Vânia Alexandra dos Santos, “A Violência Obstétrica:...” , op. cit., pág. 31

¹³⁵ SIMÕES, Vânia Alexandra dos Santos, “A Violência Obstétrica:...” , op. cit., pág. 32

possibilidade de dano da integridade física ou a afetação da saúde sexual e reprodutora da mulher bem como da sua saúde psíquica^{136 137}.

A criação deste tipo legal de crime ou a alteração de disposição de crime legal de crime existente, aditando disposição que preveja a tutela específica da prática de violência obstétrica, seria pertinente enquanto crime decorrente da atividade médica, uma vez que os já existentes no CP, no âmbito do direito penal médico, não tutelam de forma adequada e integral a prática desta forma de violência, nomeadamente pela neutralidade dos preceitos no que às lesões psicológicas da parturiente diz respeito¹³⁸, como já realçado.

Outro tema que se mostra bastante relevante é a temática da pena a aplicar. No Projeto de Lei nº 912/XIV/2ª é proposta a aplicação aos agentes de pena de prisão até um ano ou pena de multa. Concordamos com esta proposta mas consideramos da maior relevância mencionar a posição da Senhora Professora Doutora Maria João Antunes no Congresso Internacional de Comemoração dos 40 anos do Código Penal¹³⁹, em que equaciona a possibilidade de aplicação a título principal de penas acessórias previstas no nosso CP. Maria João Antunes diz-nos que “ao abrigo do nº 2 do artigo 65º do Código Penal, a lei pode fazer corresponder a certos crimes determinados efeitos, prevendo penas acessórias cuja aplicação é ainda por referência ao conteúdo do ilícito respetivo e à censura do facto praticado”¹⁴⁰. No direito vigente, porém, a regra é a de a pena acessória ser aplicada juntamente e em função da pena principal, de acordo com as exigências preventivas que persistam após a punição resultante da pena aplicada a título principal. Defende que em determinados crimes, quando praticados por determinados agentes, possa ter sentido a previsão expressa na legislação da aplicação de uma pena principal e, conjuntamente, de uma pena acessória, sendo assim estas últimas aplicadas também a título principal por se encontrar expressamente previsto, podendo ser aplicada independentemente da pena principal ou de substituição aplicada pelo juiz. Isto é, a aplicação da pena acessória não estaria em nada dependente da aplicação da pena principal ou de substituição como

¹³⁶ *Ibid*

¹³⁷ FIGUEIREDO DIAS, Jorge de, “Direito Penal – Parte Geral Tomo I, ...”, op. cit. pág. 306, onde se lê sobre os crimes de mera atividade que “o tipo incriminador se preenche através da mera execução de um determinado comportamento”.

¹³⁸ *Ibid*

¹³⁹ Congresso Internacional de Comemoração dos 40 anos do Código Penal, e-book de intervenções, disponível em [atas_40anos_.pdf \(uc.pt\)](#), págs. 27 e ss.

¹⁴⁰ Congresso Internacional de Comemoração dos 40 anos do Código Penal..., op. cit., pág. 28

atualmente acontece. Acresce a vantagem de “possibilitar a determinação de penas mais curtas e de alargar, conseqüentemente, a possibilidade de substituição da pena privativa da liberdade” e, ainda, “de a execução da pena acessória não ser excessivamente diferida no tempo”.¹⁴¹

Esta solução equacionada por Maria João Antunes torna-se particularmente interessante na punição dos agentes da prática de violência obstétrica. Por ser praticada por profissionais de saúde em violação da *legis artis* e pela gravidade da situação, pelas conseqüências que tem na vida das mulheres e, em alguns casos, nos próprios bebês, terá todo o sentido que esteja em causa a aplicação da pena acessória de proibição do exercício de função, prevista no art. 66º do CP. A pena proposta por Cristina Rodrigues, a ser adotada, seria pena de multa ou pena de prisão até um ano. Ora, tendo em conta o direito penal vigente, não seria possível a aplicação desta pena acessória, uma vez que esta pressupõe a punição com pena de prisão superior a três anos, o que, por força da pena estipulada, nunca se verificaria. Observando-se a adesão a esta proposta, poderia o agente ser punido, igualmente, com pena de prisão até um ano ou pena de multa, sem prejuízo de ser punido também pelo art. 66º ou pelo art. 67º do CP, ficando o profissional de saúde proibido de exercer funções médicas nos termos do art. 68º do mesmo Código, pena esta que nos parece bastante adequada e satisfatória no que às exigências de prevenção diz respeito.

Uma última problemática que se colocará será o enquadramento legislativo que este crime poderá ter. Atendendo aos bens jurídicos violados, e que acima discorremos sobre eles, reforçamos o entendimento de que os que o são de forma mais flagrante são a integridade física da mulher e a sua autodeterminação sexual. Salvo melhor opinião, sempre diremos que, apesar de a autodeterminação sexual da mulher também aqui estar em causa, este deve ser inserido nos crimes contra a integridade física, por este ser, maioria das vezes o bem jurídico mais afetado, nunca descurando a tutela de todos os outros direitos violados com esta prática.

Releva nesta temática o parecer do *Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer* (CEDAW)¹⁴²olu, referente à experiência de parto de uma mulher espanhola em que esta foi vítima de violência obstétrica durante o trabalho de parto

¹⁴¹ Congresso Internacional de Comemoração dos 40 anos do Código Penal..., op. cit., págs. 27 e ss.

¹⁴² Disponível em [CEDAW-C-75-D-138-2018 Spanish.pdf - Google Drive](#)

e parto. A mulher, grávida, deu entrada no hospital, tendo sido submetida a diversas intervenções, nomeadamente 10 toques vaginais, episiotomia e administração de ocitocina para acelerar o parto, tendo sido sujeita a todos estes procedimentos sem nunca ter sido informada e sem ter dado, em algum momento, o seu consentimento para qualquer uma das intervenções. Acresce que quando a bebé nasceu tinha 38,8°C de febre provocadas pela bactéria *E. coli*, tendo sido imediatamente afastada da mãe que apenas pode estar com ela 15 minutos a cada 3 horas e o pai 30 minutos por dia, durante 7 dias, o que prejudicou a relação afetiva dos pais com a filha. A mãe da criança argumenta, com fundamento em estudos científicos que desaconselham os toques vaginais excessivos, que esta infeção pode ter resultado do 10 toques vaginais a que foi sujeita, tendo arrastado a bactéria da mãe até ao útero, o que vai no sentido do que é afirmado pela OMS que considera que o excesso de toques vaginas é uma causa direta de possíveis futuras infeções. A mãe necessitou ainda de receber tratamentos de reabilitação pélvica para recuperar dos danos físicos provocados pela realização da episiotomia, tendo, inclusive, ficado impossibilitada de ter relações sexuais durante anos. O Comité recomendou ao Estado Espanhol, nomeadamente mas não exclusivamente, que a mulher fosse ressarcida pelos danos sofridos através de uma indemnização adequada aos danos físicos e psicológicos, o reforço da formação e capacitação dos profissionais de saúde em matéria de direitos reprodutivos da mulher e, ainda, que todas as mulheres fossem sempre informadas devidamente em cada etapa do parto e a que fosse sempre obtido o consentimento livre, prévio e informado da mulher em todos os procedimentos, excetuando-se apenas os casos em que a vida da mãe e/ou do bebé estejam em perigo (o que, como é reconhecido pelo próprio Comité não se verificava nesta situação, sendo que não haveria necessidades da realização de tantos procedimentos como os que a senhora foi sujeita). Outra recomendação que consideramos bastante relevante foi a de se assegurar o acesso a recursos jurídicos eficazes nos casos em que a saúde reprodutiva da mulher seja violada, incluindo aqui os casos de violência obstétrica, zelando-se sempre pelo cumprimento da Lei.

A situação que origina este parecer mostra-nos perfeitamente a importância do reconhecimento da violência obstétrica. Assim como demonstra perfeitamente que a prática de atos de violência obstétrica podem ter consequências físicas e psicológicas bastante profundas tanto nas mães como nos bebés. E, por serem violados bem jurídicos de relevância, mostra, conseqüentemente, na nossa opinião, a importância de as mulheres

estarem munidas e tuteladas pelo direito penal para poderem assegurar os seus direitos e poderem reagir quando estes são violados.

É-nos mostrado de forma clara que a prática de violência obstétrica viola de forma flagrante a integridade física da parturiente e os seus direitos sexuais, bem como coloca em causa os direitos do bebé.

Mostra-nos, ainda, o quão difícil é as mulheres obterem justiça nestes casos, o que, acreditamos, melhoraria com a previsão penal desta prática. Porque, apesar de este ser um caso espanhol, podemos ver que em Portugal é difícil obter uma “vitória” na justiça quando o tema é o que nos encontramos a debater. Desde logo, porque, como acima dissemos, atualmente estas violações do direito são maioritariamente tuteladas apenas através do Direito Civil, onde é o autor quem detém o ónus da prova, como resulta do artigo 342º do Código Civil.

Apesar de, como fomos vendo, este ser ainda um tema tabu na jurisprudência portuguesa, releva o acórdão 1276/18.2T9CVL.C1 do Tribunal da Relação de Coimbra¹⁴³. No sumário lemos que “na atividade médica, por natureza potenciadora de diversos riscos, é imposto aos profissionais um dever jurídico especial, obrigando-os à prestação dos melhores cuidados ao seu alcance, assumindo nesse sentido a posição de garante de evitar a verificação de eventos danosos para a saúde e vida dos doentes”, realçando o dever que recai sobre os profissionais de saúde e que acima já tínhamos mencionado. Na sentença da qual se recorreu condenava-se a arguida pela prática de dois crimes de ofensa à integridade física grave por negligência, sendo condenada numa pena única resultante das duas penas parcelares em cúmulo jurídico. A arguida acompanhou toda a segunda gravidez da parturiente em causa, tendo conhecimento do seu histórico clínico, nomeadamente de que a parturiente tinha sido sujeita a cesariana no seu primeiro parto. Mesmo com essa informação em seu poder, a médica marcou uma data para indução do parto e nesse dia administrou na parturiente por via vaginal 50gr de *misoprostol*, fármaco utilizado exatamente para esse fim, mas contraindicado para indução de parto de grávidas com cesariana anterior (segundo orientação da DGS), resultando em dores abdominais excruciantes e tendo feito com que o

¹⁴³ Disponível em <http://www.dgsi.pt/jtrc.nsf/c3fb530030ea1c61802568d9005cd5bb/bf9b0519d03be57e8025894b00421d96?OpenDocument>

feto tenha entrado na cavidade abdominal da mãe. Também como consequência deste ato a ofendida sofreu, horas mais tarde, rotura uterina tendo, por esse motivo, sido sujeita a cesariana de urgência. Fruto deste conjunto de consequências, o bebé nasceu em morte aparente, hipotónico, sem reflexos, sem respiração e sem batimentos, sofreu asfixia aguda, com necessidade de intubação. Ainda, como era conhecimento da arguida, uma rotura uterina, além de potencialmente fatal tanto para a mãe como para o feto e de ser apta a causar dores excruciantes, pode causar sequelas no útero que poderiam comprometer uma gestação posterior.

Como já mencionado, violência obstétrica traduz-se numa apropriação do corpo e do processo reprodutivo da mulher por profissionais de saúde, expressando-se, não só mas também, num abuso de medicalização e patologização dos processos naturais. Ora vê-se neste caso específico um abuso de medicalização, tendo sido administrado à parturiente um fármaco expressamente contraindicado para a sua situação, tendo em conta que tinha já tido um parto por cesariana anteriormente. E a profissional de saúde tinha conhecimento de tal. Viola, assim, de forma gritante o zelo e diligência exigidos a esta profissional no exercício das suas funções e a *legis artis* e onde se colocou em risco tanto a vida da mãe como a vida do bebé. Põe, ainda, em causa a integridade física da mulher, que sofreu dores físicas “excruciantes”, a integridade física do bebé que “nasceu em morte aparente, hipotónico, sem reflexos, sem respiração e sem batimentos, sofreu asfixia aguda, com necessidade de intubação” bem como há a possibilidade de ter ferido a saúde reprodutora da mulher, uma vez que há uma grande probabilidade de esta ter complicações numa gestação futura. Defendemos, por isso, que o crime de violência obstétrica deverá ser um crime de perigo, consumando-se com a mera possibilidade do dano na saúde e/ou vida da mulher.

Consideramos este acórdão de particular relevo por ser bastante recente (ano de 2023), por nos mostrar que começam a existir condenações penais pela prática destes atos e por demonstrar de forma clara que a violência obstétrica é, de facto, uma realidade.

Outro acórdão que releva, embora por motivo diferente, é o acórdão 0648/02 do Supremo Tribunal Administrativo¹⁴⁴. Em causa neste processo está a morte do filho da

¹⁴⁴ Disponível em

<http://www.dgsi.pt/jsta.nsf/35fbbbf22e1bb1e680256f8e003ea931/225aafdc492c0b4480256cca003ae0f1?OpenDocument&ExpandSection=1>

autora que ocorreu em consequência da deficiência cerebral profunda com que nasceu e que, por sua vez, foi causada durante o parto, por condução negligente. Em resultado da má progressão do trabalho de parto, o bebé nasceu com morte aparente, apresentando síndrome de dificuldade respiratória. Transferido de urgência para outro hospital, o bebé foi diagnosticado com cianose generalizada e convulsões clónicas multifocais, por vezes tónicas generalizadas, e, ainda, uma asfixia neonatal grave, tendo vindo a falecer. Deu-se como facto provado que “atenta a bradicardia fetal detetada, o parto devia ser abreviado”. Mais se provou que assim que foi detetada a barricaria fetal pela enfermeira deveria ter estado estar presente não só a médica pediatra mas também a médica obstetra, que se ausentou durante este processo, porque poderia haver necessidade de abreviar o nascimento do bebé, bem como que “durante o trabalho de parto a autora deveria ter sido sujeita a monitorização cardiotocográfica, dado que este registo era susceptível de conduzir a decisões clínicas importantes”. Estes procedimentos poderiam ter evitado o sofrimento do feto. Na nossa opinião, este acórdão mostra-se de uma elevada relevância por nos expor, de forma clara, que também o feto/bebé pode ser uma vítima. A atuação negligente dos profissionais de saúde, não tendo afetado a integridade física da mãe (mas afetando a sua saúde psicológica), conduziram à morte do bebé.

Do já exposto resulta que a violência obstétrica se caracteriza pela apropriação do corpo e do processo reprodutivo da mulher, expressando-se, inclusive, através de um tratamento desumanizador, causando danos psicológicos e da sujeição da vítima a um sofrimento desnecessário, nomeadamente dor. Entendemos que a negligência destes profissionais de saúde será suscetível, por isso, de integrar a prática de violência obstétrica. Desde logo, resultou como provado nos autos que a autora se encontrava num “estado aflitivo”, tendo de ser uma auxiliar de limpeza a acorrer em seu auxílio. Acresce que todo o tratamento prestado pelos profissionais de saúde, nomeadamente, o “abandono” naquele momento delicado da médica obstetra de serviço, terá de ser considerado desumanizador. Ainda, a falta de informação dada a autora sobre o estado do seu bebé durante desde o nascimento até ao momento em que o seu filho é transferido não pode ser desconsiderado. Assim, além deste tratamento desumanizador e desrespeitoso pela mulher e pelo seu estado de saúde, esta sofre ainda dores significativas, bem assim esta e o bebé são sujeito a sofrimento desnecessário, provocado pelo descuido e falta de zelo por parte dos profissionais de saúde.

As vítimas deste tipo de práticas, repetimos, obtêm maioritariamente tutela no Direito Civil. Apesar de este ser um caso de violência obstétrica que deveria ter tutela no Direito Penal, onde foi atingido, além do bem integridade física, a vida do bebé. Embora integre a dimensão da violência física, poderá integrar a violência psicológica, no sentido em que não é dada informação sobre o estado do bebé à sua mãe e depois lidar com toda a situação de saúde do seu filho resultante da negligência no momento do parto, situação que terá certamente causado danos emocionais. Verifica-se, inclusive, um grau de censurabilidade bastante elevado. Reforçamos, assim, a ideia de que a prática de violência obstétrica deverá merecer sempre a tutela do Direito Penal, não obstante a possibilidade de pedir, em simultâneo, a devida indemnização cível, nos termos do artigo 71º do Código de Processo Civil.

Um último caso que consideramos bastante relevante, apresentado ao Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, teve lugar na Rússia, onde a mulher deu entrada num hospital, já após o início do seu trabalho de parto, tendo aí sido informada que haveria a possibilidade do seu parto ser assistido por estudantes de medicina, para efeitos de estudo. Após a sua entrada e admissão no referido hospital, a parturiente sofreu várias complicações, tendo-lhe sido administrados diversos fármacos que adiaram o seu parto, tendo fica marcado apenas para o dia seguinte, para que os estudantes pudessem assistir ao mesmo. No dia marcado para o parto, foram realizados exames que indicaram que o feto estaria em sofrimento. Chegados ao bloco de partos, a mulher referiu expressamente que não consentia na presença dos alunos que ali estariam para observar o seu parto. A sua vontade foi desrespeitada, acrescentando, ainda, o facto de ter sido realizada uma episiotomia e de o bebé ter sido diagnosticado com asfixia, tendo sido transferido para uma unidade de cuidados especializados onde permaneceu durante alguns dias.¹⁴⁵ Há, neste caso, uma violação clara do cumprimento do dissentimento dado pela parturiente e do seu direito à sua intimidade e vida privada. Contudo, é ainda posta em causa a saúde do bebé. E é posta em causa por um motivo que mais não foi do que razões de conveniência médica, mais especificamente, para que o parto fosse assistido por estagiários. É assim, adiado, sem justificação médica o parto da mulher, levando ao sofrimento do feto e a complicações aquando o seu nascimento. Podemos, assim, reconduzir esta situação à prática de violência obstétrica, por submissão do

¹⁴⁵ Disponível em [KONOVALOVA v. RUSSIA \(coe.int\)](#)

bebé a sofrimento desnecessário, resultando em dano físico, bem como por limitação e desrespeito do poder de escolha e decisão da mulher quanto ao seu parto.

O Tribunal Europeu, por sua vez, condenou o Estado demandado a pagar uma indemnização aos requerentes pela violação do direito da paciente ao respeito pela sua vida privada. Salvo o devido respeito, pensamos que o estado de saúde do bebé deveria também ser levado em linha de conta, uma vez que a administração dos fármacos administrados pode ter agravado desnecessariamente a situação.

Com estes três acórdãos acima expostos, percebemos a importância da criminalização da violência obstétrica, pela sua gravidade e censurabilidade, e pelos direitos que são violados, tanto da parturiente como do seu bebé. Percebemos também que apenas recentemente se começou a conceber a tutela das vítimas de violência obstétrica pela via penal. Mas, apesar de recente, este é um passo bastante importante para o reconhecimento desta prática, para a consciencialização da sociedade e dos profissionais de saúde, bem como da sua gravidade.

CONCLUSÃO

A violência obstétrica tem como definição “a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissionais de saúde, expressando-se num tratamento desumanizador, num abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, traduzindo-se na perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre os seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida da mulheres”¹⁴⁶.

Resulta, desde logo da definição, mas também do exposto, a sua gravidade enquanto violação de Direitos Humanos da mulher que ocorre durante momento da gestação e do parto. A violência obstétrica é um problema que requer a ação por parte dos Estados e das instituições de saúde e dos seus profissionais de saúde.

A integridade física, sexual e psicológica, a dignidade e autodeterminação e o consentimento informado das parturientes devem ser sempre respeitados e protegidos em

¹⁴⁶ *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, no Capítulo III: *Definición y formas de violencia contra las mujeres*, art. 15º, nº 13

todos os momentos, nunca devendo, em momento algum, ser postos em causa, não sendo aceitável a realização de procedimentos desnecessários e o desrespeito a que muitas mulheres são sujeitas.

A tipificação da violência obstétrica servirá como medida de prevenção e punição dos seus agentes e, de alguma forma, reparação para as mulheres e bebês que são vítimas desta violência e que, desta forma, conseguirão obter justiça. Ainda, esta criminalização poderá servir como uma consciencialização social de que este tipo de violência é inaceitável, contribuindo para a mudança de paradigma no nosso sistema de saúde e no nosso ordenamento jurídico e na formação dada aos nossos profissionais de saúde que assim estariam mais atentos e conscientes no que diz respeito à prática desses atos bem como, realçamos, sensibilizaria a sociedade, nomeadamente, as mulheres para este fenómeno, ficando mais atentas e conscientes quando sujeitas à realização de atos que consubstanciam tipicamente violência obstétrica.

Assim, mostra-se crucial que os Estados se tornem parte ativa na luta contra a prática da violência obstétrica, implementando políticas concretas para a sua prevenção e para a sua punição, defendendo os direitos das mulheres que são por diversas vezes violados e dando uma ferramenta para que estas consigam uma maior tutela jurídica.

Esta atuação passará, em parte, pela atuação legislativa, nomeadamente, a criminalização da violência obstétrica, seja autonomizando este crime, seja através de uma alteração do CP para que este preveja de forma expressa e completa, em crimes já tipificados, a prática desta violência, especificamente, no crime de ofensa à integridade física grave.

Esta atuação legislativa mostra-se muito relevante uma vez que atualmente não é possível tutelar de forma completa as vítimas desta prática através do denominado “direito penal médico”. Designadamente, pelo exposto percebemos, de forma clara, que a integridade emocional das parturientes não é de forma alguma tutelada. Será esta a alteração mais urgente. Mostra-se, por isso, urgente esta alteração legislativa, seja através de aditamento em crime já tipificado, seja autonomizando o crime, para que as mulheres consigam tutela em todas as dimensões que a violência obstétrica assume.

Defendemos que esta criminalização deverá sempre ser acompanhada de medidas educacionais e preventivas, nomeadamente na formação dos profissionais de saúde e na

informação dada às parturientes para que tenham plena consciência dos seus direitos e de como poderão agir caso estes sejam violados, sendo a criminalização da violência obstétrica um importante passo na proteção dos direitos da mulher.

BIBLIOGRAFIA, DOCUMENTAÇÃO E LEGISLAÇÃO RELEVANTE

Anteprojeto de Lei: Promove a erradicação da violência obstétrica, apresentado pelo partido Bloco de Esquerda, novembro de 2021. Disponível em [anteprojeto_de_lei_-_violencia_obstetrica.pdf \(esquerda.net\)](#)

Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto, “Campanha ‘Pelo Fim da Violência Obstétrica’”. Disponível em [Campanha 'Pelo Fim da Violência Obstétrica' - Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto \(associacaogravidezparto.pt\)](#)

Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto, “Inquérito Experiências de Parto em Portugal | 1ª edição”, disponível em [Experiências Parto Portugal 2012-2015.pdf \(associacaogravidezparto.pt\)](#)

Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto, “Inquérito Experiências de Parto em Portugal | 2ª edição”, disponível em [Microsoft Word - Experiências de Parto em Portugal 2edicao 2015-19.docx \(associacaogravidezparto.pt\)](#)

BORGES, Bárbara Bettencourt, SERRANO, Fátima e PEREIRA, Fernanda, “Episiotomia: Uso generalizado vs selectivo”, Artigo Revisão, Acta Médica Portuguesa, 2003 e disponível em [2205 N \(unl.pt\)](#)

CEJ, “Crimes Sexuais – Coleção de Formação Contínua”, 2ª edição, 2021, disponível em [Crimes sexuais - 2.ª edição \(justica.gov.pt\)](#)

Congresso Internacional de Comemoração dos 40 anos do Código Penal , E-book de intervenções, disponível em [atas_40anos_.pdf \(uc.pt\)](#)

Consentimento Informado - Relatório Final, Entidade Reguladora da Saúde, Maio de 2009

Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência Contra as Mulheres e a Violência Doméstica (Convenção de Istambul), de 11 de maio de 2011. Disponível em [Portuguese version \(coe.int\)](#)

CUNHA, Eliane, “Denúncia à Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa – Violência no Parto em Minas Gerais”, 2012, disponível em [violencia no parto em minas gerais - versao final.pdf \(redehumanizaus.net\)](#)

Declaração da Organização Mundial de Saúde “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”, 2014. Disponível em [WHO RHR 14.23 por.pdf](#)

EUROPEAN PERINATAL HEALTH REPORT, 2010

FERREIRA, Isabel Maria Fonseca, “Violência Obstétrica Institucional – estratégias para redução das intervenções obstétricas”, disponível em [ViolenciaObstetrica.pdf \(uterus.pt\)](#)

FIGUEIREDO DIAS, Jorge de, “Direito Penal – Parte Geral Tomo I, Questões fundamentais. A doutrina Geral do Crime”, 2ª Edição, Coimbra, Coimbra Editora, 2007

Lei Federal nº 16.499, de 6 de dezembro de 2018, alterada pela Lei nº 17.226, de 22 de abril de 2021, Disponível em [Alepe Legis - Portal da Legislação Estadual de Pernambuco](#)

Lei nº 15/2014, de 21 de março, disponível em [::: Lei n.º 15/2014, de 21 de Março \(pgdlisboa.pt\)](#)

Ley 17/2020: Ley del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista, de 22 de dezembro. Disponível em [BOE-A-2008-9294 Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista.](#)

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. Disponível em [www \(argentina.gob.ar\)](#)

Ley nº 38.668: Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, de 23 de abril de 2007. Disponível 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 \(unesco.org\)](#)

NAZÁRIO, Larissa e HAMMARSTRON, Fátima Fagundes Barasuol em “Os Direitos da Parturiente nos casos de Violência Obstétrica”, XVIII Seminário Internacional de Educação no MERCUSUL, Unicruz, 2015. Disponível em [1 \(unicruz.edu.br\)](http://unicruz.edu.br)

NEGRÃO, Mia no artigo “A Episiotomia Como Forma de Mutilação Genital Feminina à Luz do Artigo 144º-A do Código Penal”, Revista Portuguesa de Direito da Saúde – *Lex Medicinae* – Ano 20 – nº 39 – Janeiro/Junho 2023. Disponível em <http://www.centrodedireitobiomedico.org/publica%C3%A7%C3%B5es/revistas/revista-portuguesa-de-direito-da-sa%C3%BAde-lex-medicinae-ano-20-n%C2%BA-39-janeirojunho>

NEGRÃO, Mia, “Direitos na Gravidez, Parto e Pós-Parto”, artigo publicado pelo partido Bloco de Esquerda em [Direitos na Gravidez, Parto e Pós-Parto | Esquerda](#)

NEGRÃO, Mia, E-book “Violência obstétrica – o resumo ilustrado que precisas de ler”

Ordem dos Médicos, Nota sobre a Resolução da Assembleia da República nº 181/2021. Disponível em [Nota sobre a Resolução da Assembleia da República \(n.º 181/2021\) sobre violência obstétrica – Ordem dos Médicos \(ordemdosmedicos.pt\)](#)

Ordem dos Médicos, “Parecer do Colégio da Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia da Ordem dos Médicos sobre o Projeto de Lei nº 912.XIV PAN 2021”. Disponível em <https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Parecer-Projeto-Lei-912XIV-2.pdf>

Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa, “Violência Obstétrica – Parirás com Dor”, 2012

PEREIRA, André Gonçalo Dias, “Direitos dos Pacientes e Responsabilidade Médica”, Dissertação de Doutoramento em Ciência Jurídico-Civilísticas, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Coimbra.

PEREIRA, André Gonçalo Dias, “O consentimento informado na relação Médico-Paciente, Estudo de Direito Civil”, Coimbra Editora, 2004

Projeto de Lei nº 912/XIV/2ª: Reforça a proteção das mulheres na gravidez e parto através da criminalização da violência obstétrica, apresentada pela (ex)deputada Cristina Rodrigues à Assembleia da República, 2021. Disponível em [doc.pdf \(parlamento.pt\)](#)

Recomendações da Organização Mundial de Saúde “WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience”, 2018. Disponível em [9789241550215-eng.pdf;jsessionid=BCDC42466FCEFA4D64EA8C54419F1489 \(who.int\)](#)

Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Regulamento nº 391/2019)

Relatório da ONU “A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence”, 2019. Disponível em [A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence : \(un.org\)](#)

Resolução da Assembleia da República nº 181/2021, de 28 de junho de 2021, disponível em [0000600006.pdf \(diariodarepublica.pt\)](#)

Resolução da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa nº 2306/2019, disponível em [Site do PACE \(coe.int\)](#)

Resolução do Parlamento Europeu sobre a situação da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos na União Europeia no contexto da saúde das mulheres (2020/2215(INI)), de 24 de junho de 2021. Disponível em [EUR-Lex - 52021IP0314 - EN - EUR-Lex \(europa.eu\)](#)

Shadow report da Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (CEDAW). Disponível em [convencao Eliminacao todas formas discriminacao contra mulheres.pdf \(ministeriopublico.pt\)](#)

SIMÕES, Vânia Alexandra dos Santos, “A episiotomia à luz da lei”, APDMG. Disponível em [A episiotomia à luz da lei - Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto \(associacaogravidezparto.pt\)](#)

SIMÕES, Vânia Alexandra dos Santos, “A Violência Obstétrica: a violência institucionalizada contra o género”, vencedora do Prémio Teresa Rosmaninho - Direitos Humanos, Direitos das Mulheres, Associação Portuguesa de Mulheres Juristas, Lisboa, 2016. Disponível em [ViolenciaObstetrica.pdf \(uterus.pt\)](#)

SIMÕES, Vânia Alexandra dos Santos, “Violência Obstétrica – tendências legislativas em Portugal”, Observatório Almedina, disponível em <https://observatorio.almedina.net/index.php/2022/03/14/violencia-obstetrica-tendencias-legislativas-em-portugal/>

Comissão de Proteção às Vítimas de Crime, “Vítima de Crime”. Disponível em [Vitima Crime.pdf \(mj.pt\)](#)

WAGNER, MARSDEN, “Episiotomy: a form of genital mutilation,” The Lancet, June 05, 1999. Disponível em [Episiotomy: a form of genital mutilation - The Lancet](#)

WHO, “Care in Normal Birth: birth practices”, 1996

WHO, “Eliminating genital mutilation: an interagency statement OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO”, 2008. Disponível em [Eliminating female genital mutilation: an interagency statement - OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO](#)

CARRAPATOSO, Catarina da Silva, “Taxas de violência obstétrica em Portugal são três vezes superiores à média europeia”, Jornal JPN, de 11 de fevereiro de 2022. Disponível em [Taxas de violência obstétrica em Portugal são três vezes superiores à média europeia - JPN](#)

Diário de Notícias, “Bebé sem rosto. Obstetra proibido de exercer “qualquer ato profissional””, de 01 de março de 2023. Disponível em <https://www.dn.pt/sociedade/bebe-sem-rosto-obstreta-proibido-de-exercer-qualquer-ato-profissional-15924436.html>

FERREIRA, Rita, “Más práticas obstétricas com mais peso na região Centro, revela estudo”, Jornal Público, de 11 de abril de 2023.

SEBASTIÃO, Cláudia, “Maus tratos no parto. Quem protege as mulheres?”, Jornal Observador, de 06 de março de 2016. Disponível em [Maus tratos no parto. Quem protege as mulheres? – Observador](#)

TSF, “Processo do bebé sem rosto arquivado”, de 06 de maio de 2021. Disponível em [Processo do bebé sem rosto arquivado \(tsf.pt\)](#)

JURISPRUDÊNCIA

Acórdão do Tribunal da Relação de Coimbra, de 25 de janeiro de 2023, relator José Eduardo Martins, processo nº 1276/18.2T9CVL.C1. Disponível em <http://www.dgsi.pt/jtrc.nsf/c3fb530030ea1c61802568d9005cd5bb/bf9b0519d03be57e8025894b00421d96?OpenDocument>

Acórdão do Supremo Tribunal Administrativo, de 05 de fevereiro de 2003, relator J. Simões de Oliveira, processo nº 0648/02. Disponível em <http://www.dgsi.pt/jsta.nsf/35fbbbf22e1bb1e680256f8e003ea931/225aafdc492c0b4480256cca003ae0f1?OpenDocument&ExpandSection=1>

Parecer do Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), de 30 de outubro de 2018. Disponível em [CEDAW-C-75-D-138-2018 Spanish.pdf - Google Drive](#)

Jurisprudência do Tribunal Europeu dos Direitos Humanos: Case of Konovalova v. Russia, Starsbourg, 9 de outubro de 2014. Disponível em [KONOVALOVA v. RUSSIA \(coe.int\)](#)